

Comitato scientifico

**Elio Borghoni** (coordinatore)  
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche  
Università Bocconi di Milano  
Direttore Scuola di Direzione Aziendale

**Luca Anselmi**  
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

**Sabino Cassese**  
Ordinario di diritto amministrativo  
Università La Sapienza di Roma

**Siro Lombardini**  
Ordinario di economia - Università di Torino

**Antonio Pedone**  
Ordinario di scienze delle finanze - Università La Sapienza di Roma

**Fabio Roversi Monaco**  
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

**Luigi D'Elia**  
Presidente Asdas

Condirettore e direttore scientifico

**Elio Borghoni**

Redazione:

Coordinatore generale  
**Mario Del Vecchio**

Coordinatori di sezione  
**Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore - Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone**

Redattori

**Giorgio Casati - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro**

Direttore editoriale

**Anna Gemma Gonzales**

Segreteria di redazione

**Silvia Tanno**

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77  
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23  
Tel. 0258362600 - Fax 0258362598  
E-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

Pubblicazione

- edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
- fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.
- stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774381700, Fax 0774381700
- spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: € 50,00 (L. 96.814)

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

- è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;
- chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:
  - 1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;
  - 2) azioni civili da parte di autori ed editori;
  - 3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;
- fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Claa, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

# MECOSAN

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## IN QUESTO FASCICOLO:

**Editoriale**

- 2 **Dalla evidence based medicine all'evidence based management**  
Elio Borghoni

Sez. 1ª - **Saggi e ricerche**

- 11 **EvaLa: valutare la cooperazione multilaterale in sanità nel nuovo scenario globale**  
Marco Meneguzzo, Corrado Cuccurullo, Serena Foracchia, Tomas Campero
- 31 **La misurazione dell'impegno lavorativo dei direttori generali delle Aziende Usl**  
Massimo Sargiacomo
- 53 **Analisi dei costi della somministrazione di albumina umana nel paziente cirrotico con ascite**  
Giovanni Fattore Carlo Lazzaro

Sez. 2ª - **Documenti e commenti**

- 69 **Assenze, inidoneità e invalidità: alcune evidenze da una azienda ospedaliera**  
P. Tofanini, G.P. Cabella, G. Forno, M. Marchini, M. Crotti, M.C. Ferraris, M. Desperati, A. Cotroneo, F. Gandini, E. Brusasco, A. Martinotti, F. Ferrando

Sez. 3ª - **Esperienze innovative**

- 77 **Utilizzo delle strutture di Pronto soccorso. Indagine sull'appropriatezza delle prestazioni erogate in relazione alle finalità istituzionali**  
Cinzia Biondani, Giuseppe Sipala, Antonella Vecchi
- 91 **I vantaggi economici per il Sistema sanitario nazionale di utilizzare specifici Drg per le procedure di Radiologia interventistica**  
Anna Micaela Ciarrapico, Roberto Gandini
- 111 **La contabilità analitica ed il budget come strumenti per il controllo di gestione: l'esperienza dell'Asl Napoli 1**  
F. Cascio, S. De Simone, V. Giordano, A. Ippolito, M. Triassi

Sez. 4ª - **La sanità nel mondo**

- 127 **Grandi città ed erogazione di cure primarie: il caso di Johannesburg in prospettiva comparata**  
Emanuela Di Gropello
- 143 **L'assistenza sanitaria integrativa: uno scenario internazionale**  
Pietro Maria Testai

Sez. 6ª - **Biblioteca**

- 157 **Recensioni**
- 159 **Novità bibliografiche**
- 163 **Spoglio riviste**

## DALLA EVIDENCE BASED MEDICINE ALL'EVIDENCE BASED MANAGEMENT

Elio Borgonovi

Ogni azione produce una reazione uguale e contraria. Questo principio della fisica si applica anche ai sistemi sociali, seppure con modalità diverse, non fosse altro che per il diverso livello di oggettività nella misurazione dei fenomeni fisici e sociali. Naturale, quindi, che dopo il periodo di quella che qualcuno aveva enfaticamente definito come la «rivoluzione manageriale» nella sanità, stiano diventando oggi più frequenti le critiche, le precisazioni e le prese di distanza del resto già previste e preannunciate in precedenti Editoriali di questa Rivista.

Allo stesso modo al periodo delle azioni finalizzate al contenimento della spesa e alla riduzione dei costi dei servizi tramite il recupero di efficienza, fa riscontro oggi la «reazione» di una maggiore attenzione alla qualità dell'assistenza. Una delle frasi più care al Ministro della salute Sirchia, che non si può non condividere, è quella secondo cui in sanità «la qualità non è un optional». Discutibili invece sono le posizioni del Ministro quando collega il miglioramento della qualità a uno specifico «sistema di qualità» quale il sistema delle ISO, anche nella sua ultima versione della Vision. Certamente questo sistema ha un suo indubbio valore o può avere una sua utilità che può derivare dal fatto di essere un sistema collaudato e largamente diffuso in molti settori di attività, ma anche in questo campo resta valido il

principio generale secondo cui non bisogna confondere l'obiettivo, garantire elevati livelli di qualità dell'assistenza e realizzare un continuo miglioramento della qualità, con lo strumento, con uno specifico metodo. Strumenti e metodi, infatti, cambiano secondo il progresso della conoscenza e, a parità di conoscenze, hanno diversa efficacia se applicati in contesti giuridici, culturali e organizzativi diversi.

Nel generale dibattito sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni e dei servizi si colloca indubbiamente l'approccio definito di evidence based medicine che si propone di applicare il metodo scientifico nelle scelte riguardanti la tutela della salute. Secondo questo approccio ogni scelta in sanità dovrebbe essere fondata sulla «evidenza dei risultati» in termini di effetti sullo stato di salute dei destinatari di certi interventi. In altri termini, in sanità non si dovrebbero adottare interventi (di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) o soluzioni tecnico-organizzative (ad esempio terapie in day hospital invece che in regime di ricovero, trattamenti domiciliari, ecc.) quando non esista la dimostrazione scientifica, ossia ottenuta tramite la verifica degli effetti sullo stato di salute. Questo approccio significa anche che in presenza di diverse alternative di risposta a problemi di salute occorrerebbe adot-

tare quella che sulla base della «evidenza dei risultati» si dimostra più efficace di altre. Si tratta di un approccio che, a parte l'estrema semplificazione con la quale è stato sintetizzato e per la quale ci scusiamo con gli studiosi che lo hanno proposto o cercano di diffonderlo, si propone chiari obiettivi.

Primo. Responsabilizzare i medici e gli altri operatori della salute con riferimento ai fini del sistema sanitario nazionale, delle aziende sanitarie. Richiamare al principio della evidence based medicine significa ricordare che esiste un preciso ordine di priorità che deve guidare le scelte tecniche, organizzative ed economiche:

a) l'efficacia dell'azione è prioritaria rispetto all'efficienza nell'impiego delle risorse, dato che «non hanno senso» soluzioni efficienti che però non sono in grado di dare risposte effettive ai reali bisogni di salute;

b) efficacia ed efficienza, congiuntamente consentono di perseguire livelli soddisfacenti, accettabili o sostenibili di economicità: più elevati livelli di efficacia e di efficienza rendono più agevole il raggiungimento e il mantenimento di più elevati livelli di economicità (equilibrio tra livello dei bisogni soddisfatti e risorse impiegate) o, detto in altre parole, equilibrio tra risorse disponibili e risorse impiegate.

Secondo. Elimina, o riduce, il rischio di autoreferenzialità che è molto elevato nella professione medica e in generale nelle professioni sanitarie. Chi svolge la duplice funzione di «interprete del bisogno» per conto del paziente e di responsabile della risposta, chi interviene sia nel definire la domanda che nel garantire l'offerta, è esposto più di altri al rischio dell'autoreferenzialità o del «corto circuito» che si traduce nel giustificare qualsiasi tipo di offerta. Ciò può accadere per ragioni varie:

a) per abitudine, quando il medico (o altro operatore sanitario) continua a riproporre interventi (di prevenzione, accertamenti diagnostici, terapie, interventi riabilitativi) nella convinzione che essi siano efficaci, senza mai preoccuparsi di verificare se ciò corrisponda alla realtà;

b) per scarsa attenzione o per mancanza di stimoli all'aggiornamento, quando gli operatori della salute continuano ad adottare approcci al paziente che in passato erano ritenuti efficaci (ad esempio, nel periodo dei propri studi universitari o di specializzazione), ma che in seguito il progresso scientifico e delle conoscenze ha dimostrato essere inefficaci o, addirittura, dannosi: l'approccio di evidence based medicine quindi serve a generare stimoli forti per una attività di formazione continua;

c) per motivi di interesse economico, quando il medico (o altro operatore sanitario) continua a proporre trattamenti che sono per lui convenienti senza preoccuparsi della reale efficacia, in quanto sfrutta a proprio vantaggio il rapporto psicologico che pone il paziente in condizioni di debolezza, di sudditanza, di inferiorità...

Terzo. Consente di razionalizzare e sistematizzare l'esperienza maturata dai singoli medici (o operatori della salute) o della «comunità» di coloro che erogano prestazioni e servizi o

che danno risposte ad analoghi problemi di salute. L'approccio di tipo evidence based medicine impone un metodo rigoroso di raccolta di dati (sulle prestazioni erogate e sugli effetti riscontrati), sulla loro elaborazione al fine di individuare correlazioni di tipo causale tra prestazioni ed effetti, di interpretazione con metodi rigorosi (si dovrebbe dire scientifici) delle correlazioni evidenziate dai dati.

L'approccio di tipo evidence based, oltre che all'azione dei «professionals» che operano nel sistema sanitario dovrebbe essere applicato anche ai «manager» e servirebbe non poco ad eliminare alcuni degli apriorismi più frequenti e diffusi quali:

a) applicare metodi e tecniche di gestione, organizzazione e rilevazione «più sofisticati» è un imperativo per il buon manager (logica della ottimalità): non sempre accade così, perché il manager deve utilizzare non le conoscenze (di tipo aziendale) più avanzate, ma quelle che meglio si adattano al contesto culturale, istituzionale ed economico (livello delle risorse disponibili) in cui si trova ad operare;

b) considerare il manager che proviene dal privato «più valido» di quello proveniente dal pubblico quando si tratta di applicare il modello aziendale invece che quello «burocratico» o «tecnico»: il termine azienda, infatti, non è sinonimo (come alcuni erroneamente ritengono) di «impresa privata» e le differenze tra contesto (vincoli e opportunità) in cui operano le aziende pubbliche e quelle private sono tali da far sì che manager di successo nel settore privato non sempre siano manager di successo anche nel pubblico;

c) ritenere che le competenze manageriali, essendo di tipo «trasversale» (di programmazione, di controllo, di gestione del personale, ecc.) siano indifferenti rispetto al tipo di atti-

vità, rispetto alle peculiarità dell'attività (nel caso specifico di tutela della salute): non è così, perché, ad esempio certi stili di direzione, validi in aziende che operano nei settori manifatturieri con una struttura di potere gerarchico legato all'istituto della proprietà, non sono applicabili, o hanno minore efficacia, in aziende di servizi e sono ancor meno applicabili (accettati) e meno efficaci in aziende di servizi alle persone e con elevata «autonomia professionale» (come sono le aziende sanitarie).

Applicare l'approccio di tipo evidence based significa che anche l'azione dei manager deve essere sottoposta alla verifica dei risultati sulla base di indicatori e di parametri che siano giudicati significativi non dagli stessi manager (o dalla comunità dei manager) o da coloro che li nominano, nel caso specifico dagli organi regionali, ma devono essere giudicati significativi (e accettabili) dagli operatori della salute (dai professionals) e, soprattutto, dai pazienti.

L'approccio evidence based (medicine o management) è un significativo strumento per combattere il diffondersi di comportamenti autoreferenziali e per evitare il consolidamento di valutazioni e di comportamenti basati su apriorismi positivi o su teorie astratte non sottoposte alla verifica della realtà. Esso tuttavia richiede l'esistenza di alcune condizioni di applicabilità.

La prima richiede che vi sia una piena (o una logica) concordanza sugli indicatori di efficacia. Ciò è più facile in alcuni campi dell'assistenza, ad esempio il trattamento di fratture a seguito di traumi con il pieno recupero della funzionalità degli arti, oppure l'eliminazione di malattie sulle quali esistono conoscenze consolidate. In generale si può dire che la evidence based medicine è più facilmente applicabile per gli interventi di lotta alle

malattie (recupero dello stato di salute), meno facile per gli interventi di mantenimento dello stato di salute in quanto la definizione di «benessere fisico e psichico» non sempre è traducibile in indicatori verificabili con metodo oggettivo o sui quali vi è largo consenso. Assai più difficile ancora quando occorre valutare azioni o interventi di promozione dello stato di salute.

Nel campo del management l'applicazione dell'approccio evidence based è condizionato dal livello di accettabilità degli indicatori di risultato. Si può dire che è relativamente più facile applicarlo nelle aziende private, il cui fine di «produrre ricchezza» può essere misurato da un indicatore sintetico rappresentato dal «risultato economico» o da un sistema di risultati economici e patrimoniali. Nelle aziende pubbliche, e in quelle sanitarie in particolare, l'accettabilità di un approccio di tipo evidence based può portare a privilegiare azioni di management che contrastano, o almeno non si preoccupano in termini soddisfacenti di monitorare una adeguata capacità dell'azienda di perseguire i propri fini di tutela della salute.

Una seconda condizione è legata al rapporto tra sintomi e cause. Può così accadere che l'applicazione dell'approccio evidence based senza adeguate garanzie di metodo, possa indurre a privilegiare trattamenti che eliminano i sintomi senza incidere, o senza incidere in modo efficace, duraturo e risolutivo sulle cause, rispetto a trattamenti che invece si propongono proprio l'eliminazione delle cause delle malattie o delle condizioni che impediscono di raggiungere un elevato livello di salute (interventi di prevenzione primaria o secondaria, o di diagnosi precoce). Vi può essere largo accordo sulla considerazione che è assai diverso applicare l'approccio evidence based medicine in ambienti molto omogenei nei quali la metodo-

logia può essere applicata in termini rigorosi (esempio gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico o grandi ospedali universitari e/o specialistici), rispetto alla applicazione diffusa nel sistema sanitario per la quale non è possibile garantire un equivalente rigore nell'applicazione del metodo. Certamente la formazione può dare un positivo contributo al riguardo, ma sul piano logico è indiscutibile che all'aumento delle differenze nelle condizioni di applicazione diminuisce il grado di uniformità e di significatività dei risultati.

Nel campo del management può accadere che l'applicazione dell'approccio evidence based induca a privilegiare i risultati intermedi rispetto ai risultati finali, oppure a privilegiare risultati parziali rispetto a risultati complessivi.

Può essere ritenuto buon manager, o manager efficace, chi riduce i costi unitari dei servizi o chi contiene il livello della spesa senza ridurre nel breve periodo i livelli assistenziali, oppure chi migliora i livelli di soddisfazione dei pazienti misurati con strumenti che rilevano il miglioramento del livello di salute immediatamente percepito, oppure interventi che favoriscono il miglioramento della efficacia e della qualità dell'assistenza in certi settori tramite una «razionalizzazione» dell'attività che porta «a non trattare più altri problemi di salute».

Quando tali razionalizzazioni fanno parte di piani generali di concentrare/focalizzare l'azione dei diversi ospedali o centri erogatori di servizi sanitari, essa può essere considerata espressiva di un più elevato livello di efficacia manageriale, ma quando le razionalizzazioni si limitano a perseguire più elevati livelli di qualità/costo in certi settori o in certi ospedali senza che vi siano altre alternative efficaci di risposta ai pazienti non trat-

tati, possono nascere non poche perplessità sull'utilità di un approccio evidence based di tipo parziale.

Una terza condizione è legata al fatto che l'approccio evidence based fa riferimento a indicatori e a parametri di tipo oggettivo, quando è noto che lo stato di salute è costituito da un complesso sistema di elementi oggettivi, percezioni soggettive, atteggiamenti nei confronti della salute, elementi che interagiscono tra loro e quindi non possono essere trattati separatamente. Appare quindi del tutto naturale che tale approccio si sia diffuso e sia sostenuto soprattutto negli ambienti di ricerca, in ambienti nei quali si fa assistenza in «condizioni controllate», mentre è accolto con favore ma, sicuramente, con minore entusiasmo negli ambienti clinici. Chi ha un rapporto diretto con i pazienti in attività assistenziali condotte in condizioni normali, sa che fattori oggettivi, soggettivi e di contesto determinano reazioni dei pazienti e atteggiamenti che sono difficilmente riconducibili e interpretabili secondo lo schema della evidence based medicine. Con una semplificazione, che a volte è eccessiva ma che contiene un fondo di verità, spesso chi si occupa di assistenza diretta afferma che «l'esperienza valutata attentamente e con costanza è la migliore evidence based medicine». Considerazioni analoghe si possono fare per quanto riguarda il management, dato che i parametri di efficacia gestionale in generale sono molteplici e sono soggetti a valutazioni soggettive. Per fare un esempio banale, ma emblematico, vi può essere chi considera più efficace un manager che, tramite una riorganizzazione dei servizi, ha consentito il trattamento positivo di 100 pazienti in più rispetto all'anno precedente (che rappresentano un aumento del 10%) e chi invece considera più efficace un manager che ha ottenuto un aumento di soli 50 casi

trattati positivamente, ma che rappresentano un aumento dell'80% rispetto all'anno precedente. E come valutare, in termini di evidence based management, il trade off tra risultati assistenziali e risultati economico-finanziari? Come confrontare il comportamento manageriale di chi riduce la spesa della propria azienda del 2% mantenendo gli stessi livelli assistenziali con quello di chi riduce la spesa del 5% ma riducendo dell'1% i livelli assistenziali, o di chi aumenta i costi del 5% ma aumenta del 10% i livelli assistenziali?

Una quarta condizione riguarda quello che si potrebbe definire il tema della evidence based (medicine o management) standardizzata rispetto alla complessità. Infatti, fino a quando l'approccio è usato per eliminare trattamenti non efficaci o meno efficaci di altri riferibili allo stesso problema di salute, l'applicazione è semplice. Ma i problemi decisionali della sanità, sia di tipo strategico che di tipo operativo quotidiano, in genere richiedono di confrontare alternative di intervento (di allocazione di finanziamenti, ecc.) riferiti a problemi di salute che hanno un differente grado di complessità. Può essere intuitivo il fatto che analisi condotte con l'approccio di tipo evidence based diano risultati maggiormente soddisfacenti nel caso di trattamenti meno complessi, rispetto ai casi di trattamenti a più elevata complessità. C'è il rischio che un approccio di tipo evidence based induca a privilegiare comportamenti eccessivamente cautelativi e consolidati rispetto a quelli innovativi (sul piano assistenziale) e imprenditoriali (sul piano manageriale). Le implicazioni possono essere rilevanti:

a) sul piano assistenziale, poiché se è vero che si evitano sprechi di risorse per trattamenti non efficaci e si riduce il rischio di trattamenti addirittura dannosi, è anche vero che l'ec-

cessiva cautela (si fa solo ciò che è scientificamente efficace e solo quando tale verifica esiste) può dilazionare l'applicazione di trattamenti che poi si riveleranno efficaci e può impedire, ad esempio, di ridurre il numero di morti evitabili o di realizzare più rapidamente un più elevato livello di salute per molte persone;

b) sul piano manageriale, poiché può determinare un eccesso di disponibilità ad assumere posizioni di responsabilità in aziende meno complesse e determinare carenze per le aziende più complesse e con maggiori vincoli: la cultura del successo in tempi brevi, che oggi nel nostro Paese è anche collegata a riconoscimenti di tipo economico, può accentuare tale asimmetria.

Una quinta condizione è legata alla variabile tempo. In molti campi della tutela della salute e anche in molti campi del management, si hanno interventi che producono risultati solo nel lungo periodo. Ciò ha due principali implicazioni:

a) si rischia di privilegiare soluzioni orientate al breve periodo (far prevalere un «orientamento al breve» rispetto ad un «orientamento strategico di lungo periodo»);

b) peraltro, l'allungamento del periodo di riferimento cui estendere le valutazioni determina una maggiore eterogeneità dei dati: questo fattore può avere maggiore rilevanza nella valutazione delle scelte manageriali (si pensi, ad esempio, all'effetto dell'implosione nel confronto tra investimenti, risparmi, ecc.), ma può riguardare anche il campo dell'efficacia in termini di salute (l'efficacia migliora nel tempo non per la qualità degli interventi realizzati ma per l'effetto di altri fattori, quali le nuove tecnologie, le condizioni di vita dei pazienti, la professionalità degli operatori).

La natura dell'approccio evidence based (medicine o management) e le

condizioni necessarie affinché esso possa contribuire ad un più alto livello di razionalità nel sistema di tutela della salute e, soprattutto, a favorire un maggiore orientamento ai bisogni, aiutano a definire in modo chiaro gli ambiti di sua applicabilità. È utile quando si riferisce a trattamenti di tutela della salute o a scelte gestionali ed organizzative note, consolidate o per le quali vi è stata una lunga esperienza. Oppure è applicabile a quei trattamenti che sono stati sottoposti a processi di «sperimentazione controllata con metodi scientifici». Infatti i risultati di certi trattamenti di tutela della salute o di certe scelte manageriali sono rilevabili e conoscibili ex post.

Ad esempio, nella medicina del periodo «prescientifico», l'uso di certe erbe medicamentali, di certe modalità per cicatrizzare le ferite, per consentire di porre rimedio a traumi di diverso tipo, specie fisico come le rotture di arti, derivava dalla esperienza accumulata spesso in decenni (se non in secoli) e tramandata in modo generalizzato in certe comunità o da persone dedite a questa attività (ad esempio lo stregone-guaritore o figure simili). Oggi l'approccio evidence based può essere applicato solo dopo aver realizzato sperimentazioni che spesso durano anni e su questa linea si collocano i protocolli di ricerca, sperimentazione di laboratorio, sperimentazione preclinica, sperimentazione clinica, imposti prima di concedere l'autorizzazione all'uso di farmaci o di attrezzature biomedicali. Tale approccio, invece, appare non adeguato e non razionale quando viene utilizzato per valutare progetti innovativi e o di ricerca nel campo dei trattamenti della salute o progetti innovativi e sperimentali nel campo della gestione. In questi casi infatti vi è una contraddizione logica interna in quanto:

a) si parla di innovazione, sperimentazione, ricerca, si parla di qualcosa che intende affrontare problemi (di salute, di gestione) che finora non hanno avuto soluzioni o hanno avuto soluzioni giudicate insoddisfacenti;

b) ciò che è nuovo e sperimentale, per definizione non è noto, e perciò non possono essere noti gli effetti (sulla salute, sulla gestione).

Mentre il metodo di tipo evidence based si colloca nel filone dei metodi induttivi (partire dalla verifica dei fatti, dei risultati ottenuti), i progetti innovativi, sperimentali, di ricerca possono essere valutati con metodi deduttivi, o prevalentemente deduttivi. Nel campo della ricerca di farmaci, metodiche sanitarie, attrezzature e apparecchiature sanitarie occorre affidarsi a metodi definibili di «valutazione del razionale scientifico» che sta alla base del progetto. Ciò significa che si valuta la fondatezza scientifica del progetto sulla base di:

a) letteratura scientifica esistente che, ad esempio, dimostra che una certa linea di ricerca o di sperimentazione si è già dimostrata inefficace o è tale da suscitare forti dubbi sulla sua validità;

b) risultati di prime sperimentazioni e prime ricerche che lasciano prevedere la possibilità di risultati positivi: la ricerca e l'innovazione che procede «a stadi successivi»;

c) teorie la cui traduzione pratica fa presupporre l'ottenimento di certi risultati: ad esempio l'applicazione di certe teorie sulle proprietà fisiche o chimiche, o ingegneristiche applicate alla tutela della salute.

Del resto molte scoperte sono state ottenute elaborando prima rigorose teorie da cui si è partiti per la verifica empirica, mentre altre sono state il frutto di una osservazione empirica della realtà, ossia delle relazioni di causa-effetto tra determinate azioni e determinati risultati.

Nel campo della innovazione e della sperimentazione occorre fare ricorso ad una impostazione simile che si è tradotta in alcune metodologie e tecniche di valutazione ex ante che si possono sinteticamente definire analisi di fattibilità, analisi di realistica, modelli previsionali e/o di simulazione (più o meno sofisticati). Molti considerano l'amministrazione di azienda esclusivamente o essenzialmente come un insieme di tecniche e di metodi che si sono consolidati nel tempo. In questo quadro si collocano anche approcci recenti di tipo benchmarking o della scelta delle «best practices». Chi al contrario considera il «modello aziendale», come un sistema di conoscenze e pratiche consolidate nel tempo dalla dottrina, deve convenire che anche l'innovazione e la sperimentazione aziendale, e di conseguenza, il suo funzionamento possono (e dovrebbero) essere sottoposti a valutazioni preventive di «fondatezza scientifica». Lo studioso di discipline aziendali resta molte volte sorpreso e sconcertato di fronte a progetti di ricerca che si propongono di rilevare e osservare «gli effetti di certe politiche sanitarie o di certe scelte di gestione» che sono facilmente prevedibili sulla base di consolidate teorie (o più semplicemente paradigmi) aziendali. Resta ancor più sorpreso e sconcertato di fronte a ricerche empiriche, spesso di grandi dimensioni e condotte con metodi rigorosi, che dimostrano effetti che erano facilmente prevedibili, o che erano stati previsti e preannunciati da chi ha una consolidata conoscenza sul funzionamento delle aziende.

In conclusione si può affermare che l'approccio di tipo evidence based (medicine o management):

a) è sicuramente utile per evitare la continuazione, contrapporsi all'introduzione, o circoscrivere il diffondersi di trattamenti o di scelte di gestione

di cui non è comprovata l'efficacia, o di cui è addirittura comprovata la non efficacia e, in alcuni casi, sono persino comprovati effetti negativi e rischi per la salute superiori agli effetti positivi e ai potenziali benefici: serve in sostanza a contrastare comportamenti, che specie nel campo della tutela della salute, sfruttano «la speranza» o «l'effetto emotività»;

b) è pure utile per evitare approcci del tipo «try and adjust» che, specie nel campo del management di impostazione empirico-pragmatica oggi purtroppo molto diffusa, si dimostra spesso inefficace ad eliminare sprechi e inefficienze, ma ha «effetti collaterali o a valle» assai negativi per la qualità della tutela della salute: si provano e aggiustano soluzioni gestionali (ma purtroppo a volte si ricorre a tale approccio anche nel campo dei trattamenti medici) usando le persone, i pazienti come «cavie».

Sul piano dei trattamenti sanitari, il problema della sperimentazione è affrontato e dibattuto in termini etici definendo condizioni precise per la sua effettuazione sulle persone, e attivando garanzie collegate alla corretta ed estesa informazione sui rischi, all'acquisizione del consenso informato, al monitoraggio continuo. Esistono norme di comportamento etico dibattute e spesso rigorose, anche se purtroppo esse non sempre sono rispettate nel concreto da persone i cui comportamenti sono censurabili (e a volte puniti) sul piano professionale ed etico.

Meno chiaro ed evidente è invece il fatto che certe scelte di politica e di gestione in sanità dettate da scarsa conoscenza del settore o da obiettivi di rapido successo perseguito con l'assunzione di elevati rischi di insuccesso, trasformano centinaia di pazienti che utilizzano certe strutture in altrettante «cavie di processi di apprendimento sul campo» di manager

non adeguati alle responsabilità loro attribuite.

L'approccio di tipo evidence based (medicine o management) è fattore di progresso e di miglioramento del livello di razionalità quando si applica ad ambiti di «conoscenze consolidate» (fino a dimostrazione del contrario) e per confrontare alternative per le quali esistono livelli equivalenti di conoscenze sugli effetti. Non è utile ed è anzi da evitare per le valutazioni ex ante di progetti di ricerca, sperimentazione e innovazione. Ricorrendo ad

analogie con metodi di valutazione economica, si può sostenere che:

1) l'approccio evidence based medicine è simile al metodo ROI (return on investment) che serve a stabilire la priorità tra prodotti consolidati e già entrati sul mercato;

2) mentre i progetti di sperimentazione, ricerca e innovazione devono essere valutati con metodi del tipo valutazione del razionale scientifico sottostante (delle ipotesi di ricerca), o analisi di fattibilità o realistica, rapporti rischi-benefici o qualità-costi (preferibili a quelli costi-benefici e

costi-efficacia) che sono simili ai metodi di «analisi strategica degli investimenti».

Se per gli investimenti in sanità non si distingueranno i due ambiti di finanziamento, l'approccio evidence based (medicine o management) finirà per privilegiare l'assistenza rispetto alla «ricerca finalizzata a migliorare l'assistenza», e contribuirà a privilegiare obiettivi di breve periodo rispetto a quelli di lungo periodo, in definitiva a limitare il progresso e a far diventare un certo sistema sanitario «dipendente da altri».

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>



# EVALA: VALUTARE LA COOPERAZIONE MULTILATERALE IN SANITÀ NEL NUOVO SCENARIO GLOBALE

Marco Meneguzzo<sup>1</sup>, Corrado Cuccurullo<sup>1</sup>, Serena Foracchia<sup>2</sup>, Tomas Campero<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano, Università Roma 2

<sup>2</sup> Università Roma 2, Instituto Internacional Gobernabilidad

<sup>3</sup> Segreteria della Presidenza Governo del Cile, Università di Parma

SOMMARIO: 1. Finalità ed ambito di indagine del progetto - 2. Il contesto sociale e sanitario latino americano e le priorità di intervento della Cee - 3. La metodologia adottata e il *data base* dei progetti di cooperazione sanitaria - 4. Il ciclo del progetto - 5. I risultati della valutazione - 6. Indagine secondo la prospettiva operativo-gestionale - 7. Le raccomandazioni per il futuro (1).

*The EVALA Project has been financed by the European Commission in order to analyse all health sector development cooperation policies towards Latin America. The purpose of the analysis has been the investigation of both economic, financial and managerial sustainability aspects of the initiatives. In order to comply with the evaluation's needs, over 400 projects have been examined. The initiatives scrutinized include both projects financed through the Commission's Financial and Technical Cooperation budget line along with actions implemented through Non Governmental Organizations.*

*The evaluation has been based on the project reports' analysis along with a detailed on the field study. The main findings and recommendations stemming from the study include: (i) the need to better define at the European level the overall strategy of intervention; (ii) the need for a greater financial flexibility enabling the project managers to better respect the schedules; (iii) the importance of participation and local managers' empowerment in order to support the project sustainability; (iv) a greater financial involvement of local and national government in order to reach a greater financial sustainability; (v) the need to support the health sector reform process; (vi) the need for a greater on the field coordination of all the development initiatives financed by different agencies.*

## 1. Finalità ed ambito di indagine del progetto

Il progetto *Evaluacion de la Cooperacion de l'Ue con Latinoamerica en materia de Salud*, denominato EvaLa, è stato avviato nel 1999 dalla Commissione europea per rispondere all'esigenza di valutare e migliorare il processo di cooperazione, l'efficacia e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse assegnate come aiuti allo sviluppo in ambito sanitario.

Oggetto dell'indagine valutativa è stato il sistema di Cooperazione sanitaria finanziato dall'Unione europea ed indirizzato all'America Latina; sono stati in particolare analizzati 863 progetti finanziati nel ventennio 1979-1999 con aiuti non rimborsabili concessi a questi paesi attraverso il canale

della Cooperazione finanziaria e tecnica (CFT), nonché attraverso il cofinanziamento di progetti realizzati da Ong europee.

Il complesso lavoro di indagine è stato affidato ad un consorzio di centri di ricerca specializzati, composto da Escuela Andaluza de Salud Publica, che ha svolto il ruolo di coordinatore (Easp - Spagna), l'Università Commerciale «L. Bocconi» di Milano (Italia), la Swedish Health Care (Svezia), ed ha visto coinvolti la stessa Unione europea, l'Organizzazione Panamericana della Sanità (OMS OPAS) e numerosi governi latino americani destinatari degli interventi (Costarica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perù).

EvaLa rappresenta un esempio importante di enfasi sul momento valutativo delle politiche di cooperazione, perché costituisce uno dei primi tentativi dell'Unione europea di analizzare gli effetti del proprio intervento allo scopo di migliorare il processo di cooperazione. Attraverso questo progetto l'Unione europea ribadisce, come hanno in precedenza affermato in numerose occasioni molte agenzie che operano nell'ambito della cooperazio-

---

L'articolo è il risultato di un lavoro congiunto da parte degli autori che ne condividono l'impostazione. La redazione dei singoli paragrafi va così suddivisa: S. Foracchia (1, 2 e 4), S. Foracchia e T. Campero (3), T. Campero e C. Cuccurullo (5), S. Foracchia, C. Cuccurullo (6) e M. Meneguzzo (7).

ne internazionale (Banca mondiale, UNDP, Unicef), la centralità del momento valutativo come strumento di *Institutional learning*, e come sistema di continuo miglioramento basato sulle *lessons learned*. La valutazione delle precedenti esperienze diventa, secondo questa logica, un momento di apprendimento cruciale per l'individuazione degli aspetti critici del precedente periodo di programmazione e per la definizione di raccomandazioni per la gestione dei programmi successivi.

L'importanza che ha assunto il momento valutativo nella definizione ed esecuzione di progetti internazionali ha portato il comitato DAC dell'OCSE a definire una serie di principi guida per la valutazione dei programmi di cooperazione; essi sottolineano la necessità e l'importanza della diffusione e del *feedback* dei risultati per diffondere all'interno delle istituzioni una cultura valutativa. La valutazione non deve essere vissuta come momento di controllo, ma come un'opportunità di continuo miglioramento dell'intervento, di *empowerment* interno all'organizzazione ed esterno relativamente ai destinatari.

La finalità con cui è stato condotto lo studio EvaLa, infatti, è quella di presentare una serie di raccomandazioni e suggerimenti per migliorare gli interventi sanitari in America Latina, attraverso questo progetto la Commissione europea ha avuto la possibilità di acquisire piena conoscenza circa i programmi terminati e le azioni ancora in corso in questo ambito: EvaLa è, *in primis*, uno strumento per realizzare un organico *data base* dei progetti. Come vedremo in seguito, questo è un contributo rilevante in quanto le banche dati dei progetti in corso di attuazione a disposizione della Commissione non erano integrate ma articolate con modalità differenziate.

Un ulteriore contributo che il progetto ha inteso fornire è stato chiarire le modalità di gestione dei progetti sul campo per verificarne la rispondenza agli *standard* gestionali e strategici adottati dall'Unione europea e che in linea teorica dovrebbero essere applicati ad ogni processo di programmazione. A tal fine nell'ambito dello studio EvaLa sono state condotte, con la collaborazione delle amministrazioni latino americane beneficiarie, degli interventi, indagini sul campo e verifiche dei rapporti di valutazioni presentati, al fine di fornire, quale supporto per valorizzare della politica di cooperazione europea, un quadro esplicativo circa la modalità con cui i progetti sanitari sono stati realizzati e le modalità di utilizzo delle risorse assegnate.

Nella figura 1 e in tabella 1 è riportato un quadro sinottico delle finalità, degli obiettivi e delle attività realizzate dallo studio EvaLa.

## 2. Il contesto sociale e sanitario latino americano e le priorità di intervento della Cee

Un primo problema affrontato durante la fase di avvio del progetto è stato quello di definire le tipologie di interventi che potevano essere classificate come azioni di *cooperación en el sector salud*. Sono state considerate solamente le azioni collegate alla diminuzione dei livelli di morbidità e mortalità, le attività rivolte alla lotta

alla malnutrizione, nonché le iniziative collegate ai servizi sanitari ed alla medicina tradizionale. Sono stati inoltre considerati interventi in campo sanitario tutti i progetti di igiene ed i progetti con attività di potabilizzazione dell'acqua e costruzione di sistemi fognari (2).

Essendo i progetti analizzati molto vari, gli ambiti di intervento e gli interlocutori sono stati differenti; quest'elemento di complessità ha reso necessario creare un'aggregazione dei progetti per tipologie in modo da valutare e proporre raccomandazioni su progetti appartenenti a categorie simili.

Per meglio inquadrare le considerazioni che emergono dalle modalità di articolazione e dai principali risultati del progetto, occorre presentare il contesto epidemiologico, sanitario, sociale ed economico latino americano.

La predisposizione di sistemi di assistenza sanitaria e di condizioni igieniche adeguati costituiscono la base di qualsiasi intervento di lotta alla povertà e di aiuto allo sviluppo. Secondo Amartya Sen (1995), gli indicatori di mortalità, morbidità e l'aspettativa di vita alla nascita sono altamente collegati allo sviluppo anche economico del paese: «Certainly mortality is not in itself an economic phenomenon. But the connection lies in the fact that the influences that increase or reduce mortality often have distinctly economic causes, and there is thus a

Figura 1 - Il progetto EvaLa

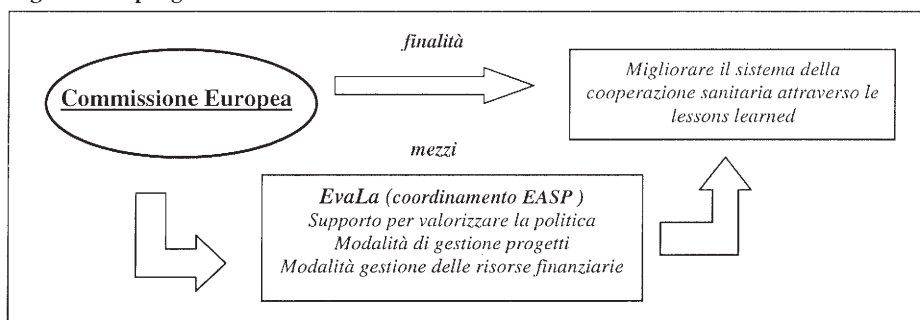


Tabella 1 - Definizione degli obiettivi di EvaLa

	Le finalità della valutazione
<b>Obiettivo globale</b>	Valutazione dell'azione in campo sanitario: Come si è evoluta la strategia d'intervento nell'arco temporale? Sono state adottate strategie e strumenti differenti?
<b>Obiettivo specifico</b>	Fornire alla Commissione europea una migliore conoscenza degli interventi passati e futuri. Fornire una serie di strumenti sia di tipo strategico sia di tipo gestionale per migliorare l'azione della cooperazione finanziata dall'Unione su questi due livelli.
<b>Risultati attesi</b>	I risultati sono di tre tipi: — la costruzione di un <i>database</i> che raccolga tutti gli interventi di cooperazione con interventi in campo sanitario finanziati dalla Commissione attraverso differenti canali e linee budgetarie; — valutazione a <i>Livello operativo</i> : indagine dei risultati raggiunti ed ottenuti sul campo. In particolare questa indagine è collegata all'efficacia ed efficienza gestionale. Deve fornire delle raccomandazioni concretamente applicabili al ciclo del progetto e deve evidenziare casi di pratiche gestionali migliori; — valutazione a <i>Livello strategico</i> che fornisca un'informazione strutturata circa la strategia d'intervento in campo sanitario della Comunità europea nonché alcune riflessioni e raccomandazioni riguardo alla posizione ed orientamenti che la Commissione dovrebbe prendere per indirizzare la cooperazione in campo sanitario.
<b>Attività realizzate</b>	— Studio documentale. — Studio e attività valutativa sul campo. — Rapporto di sintesi e presentazione dei risultati.

prima facie reason for not dismissing mortality as a test of economic performance...».

Dagli anni cinquanta ad oggi la speranza di vita alla nascita in America Latina è cresciuta mediamente di 15 anni, ciononostante lo sviluppo di questi paesi è stato fortemente disomogeneo. La popolazione dell'America Latina continua a crescere e la distribuzione per età della stessa mostra una forte predominanza di giovani, in particolare nelle zone dell'America Centrale ed Andina. La situazione dell'America del Sud risulta invece differente, avvicinandosi alla distribuzione anagrafica di tipo europeo con una percentuale crescente di popolazione che supera i 65 anni.

Questi due differenti modelli di distribuzione demografica della popolazione sono collegati alle condizioni di sviluppo altamente disomogenee delle differenti zone.

Laddove la popolazione è in prevalenza giovane (quando la speranza di vita alla nascita non supera i 53 anni) le condizioni di sviluppo sono più arretrate: la realtà è caratterizzata da fasce di popolazione che vivono ai margini delle grandi città in condizioni igienico-sanitarie molto precarie, le malattie che colpiscono la popolazione sono quelle più comuni, e quindi solitamente prevenibili, del sottosviluppo (malattie intestinali, affezioni respiratorie, malattie prevenibili attraverso vaccini, malaria). In questi paesi

con popolazione giovane e morbimortalità alta, l'elevata incidenza dei tassi di mortalità materno infantile rimane un problema prioritario, cui si aggiunge, oggi, il forte aumento dell'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale che ormai rappresentano quasi il 50% dei decessi per ogni fascia d'età.

Nelle realtà più evolute del «Cono Sur» l'urbanizzazione e i livelli più elevati di sviluppo hanno cambiato gli stili di vita della popolazione, trasformando anche il quadro epidemiologico di questi paesi. Alle malattie del sottosviluppo, che permangono in particolare per le popolazioni che vivono ai margini delle grandi metropoli, si affiancano le patologie tipiche dei paesi «sviluppati», quali malattie cardiovascolari, tumori, incidenti stradali, malattie mentali, abuso di droghe ed alcool.

La differenziazione tra le due realtà del continente è meno marcata, quando si prendono in considerazione due fenomeni, quali l'Aids e le catastrofi naturali che peggiorano le condizioni igienico-sanitarie in molti dei paesi, specie del Centro America.

In questo contesto altamente problematico e differenziato, in cui le esigenze sanitarie sono elevate, la spesa pubblica non risulta sufficiente a garantire a tutti un equo accesso ai farmaci ed all'assistenza sanitaria. La popolazione con accesso ai servizi sanitari è distribuita in modo diseguale, meno di un terzo è coperta da assicurazioni private ed i livelli crescenti di disoccupazione non fanno sperare in un miglioramento del tasso di copertura della popolazione.

I servizi sanitari sono presenti prevalentemente nelle grandi città e sono disponibili solamente per le fasce di popolazione più agiate che è in grado di pagarli.

La definizione dei sistemi di finanziamento della spesa sanitaria vede un

contributo pubblico minimo e tendenzialmente decrescente, mentre nell'ultimo decennio è aumentata sempre più la spesa privata. Un sistema di questo tipo non è stato in grado di garantire lo sviluppo di un'assistenza sanitaria equa, efficace ed efficiente. Si sono, infatti, sviluppati nei centri urbani grandi ospedali che offrono assistenza tecnologicamente avanzata, ma che servono solo la parte agiata della popolazione, mentre mancano del tutto o risultano inefficaci i sistemi di assistenza sanitaria di primo livello distribuiti sul territorio.

La principale necessità dei paesi latino americani risulta, dunque, garantire un sistema sanitario che risponda meglio alle esigenze del proprio territorio in termini di copertura della popolazione, accessibilità, quantità e qualità dei servizi offerti.

A fronte di tale quadro, le priorità della cooperazione sanitaria europea in America Latina non sono state esplicitate attraverso un unico atto o documento. Una carenza, questa, che è stata, in passato, più volte criticata, in quanto non ha permesso la chiara definizione delle priorità degli interventi e non ha facilitato la definizione delle strategie d'azione. Il rischio legato all'assenza di un documento ufficiale è quello di sviluppare progetti fra di loro incongruenti, agendo su più fronti senza una chiara strategia d'intervento.

Le priorità di cooperazione sono state definite attraverso accordi con i singoli paesi (nel 1993 furono firmati i primi accordi quadro con i singoli paesi) e/o sono state oggetto di particolari regolamenti dell'Ue (3). Solo attraverso l'analisi congiunta di questi singoli accordi è stato possibile definire un quadro di priorità unitario, che, come riportato nei box 1 e 2, risulta collegato all'obiettivo di lotta alla povertà.

La salute, in quanto elemento di lotta contro la povertà estrema, risulta un

aspetto che ha assunto un ruolo rilevante tra gli interventi finanziati dall'Ue; lo dimostra il fatto che l'assegnazione finanziaria per i soli progetti del settore sanità, popolazione ed igiene di base è stata pari al 9,6% del totale di finanziamenti destinati alla cooperazione in America Latina nel periodo 1986-1998.

Sebbene in totale nel periodo 1979-1999 l'Ue abbia destinato oltre 510 milioni di euro al finanziamento di progetti nel settore sanitario, gli stanziamenti non sono cresciuti in percentuale nel tempo tanto quanto la cooperazione in altri settori, determinando una diminuzione crescente dell'incidenza dei fondi destinati alla cooperazione sanitaria sul totale annuo di finanziamenti alla cooperazione con l'America Latina.

La priorità della lotta alla povertà attraverso interventi in ambito sanitario è evidente anche dall'attuazione dei progetti, ed in particolare dal fatto che:

1) la medicina di comunità e la prevenzione ricevono più risorse assegnate (circa il 47%) degli interventi destinati all'ambito ospedaliero (19%) e della lotta a specifiche patologie (13,8%), come risulta dal grafico 1 in cui si analizza la destinazione dei flussi finanziari della cooperazione;

2) la maggior parte degli aiuti dell'Ue è indirizzata all'America centrale, mentre più ridotte sono le percentuali destinate ad aiutare i paesi del *Cono Sur*, per il differenziale di sviluppo esistente ed in precedenza menzionato (grafico 2). Nell'America Centrale, poi, un aspetto peculiare dell'intervento europeo è costituito dalla preferenza di progetti sanitari regionali (24 iniziative, 13% dei fondi totali).

### 3. La metodologia adottata e il *data base* dei progetti di cooperazione sanitaria

La valutazione dei programmi di intervento comunitario nel settore sani-

#### Box 1 - Caratteristiche degli accordi europei con i singoli paesi

Dagli accordi risulta che l'Ue finanzia prioritariamente progetti:

- tendenti a promuovere la cooperazione interregionale;
- che diano impulso alla nascita di politiche settoriali adeguate (a tal fine si giustificano gli interventi di formazione, miglioramento gestionale, appoggio alla decentralizzazione, partecipazione sociale, attenzione alle popolazioni a rischio, miglioramento dell'accessibilità ai servizi ed equità);
- che favoriscano lo sviluppo rurale;
- che migliorino le condizioni della popolazioni dei margini urbani;
- che considerino i problemi di genere ed il rispetto delle minoranze etniche locali;
- di lotta contro l'Aids.

#### Box 2 - Conferenza dei ministri dei paesi Ue, Centro America e Columbia, Messico, Venezuela: dichiarazione di Firenze 1996

Durante la dichiarazione i ministri si accordarono e definirono come loro priorità:

*«... el combate contra la pobreza extrema los proyectos dirigidos al desarrollo integral de la mujer e de la ninez orientados a la participacion equitativa de la mujer en todos los ordens, particularmente en la educacion, la profesionalizacion, la salud y el acceso al empleo productivo. Las Partes reiteraron la importancia de invertir en capital humano y acordaron apoyar iniciativas referentes a la formacion y capacitacion de cuadros tecnicos centroamericanos, dando especial atencion a aquellas orientadas a fortalecer el proceso de integracion centroamericana...»*

tario e sociosanitario è stata condotta attraverso tre distinti momenti d'indagine che hanno visto l'adozione di metodologie differenti. I contenuti delle diverse fasi sono sinteticamente riportati nel box 3.

La *prima fase* ha affrontato il problema legato alla costruzione della banca dati contenente tutte le informazioni relative ai progetti realizzati in campo sanitario indirizzati all'America Latina.

La definizione dell'inventario è stata effettuata analizzando la Banca dati ALA (4), contenente un elenco relativo ai progetti finanziati attraverso il canale della Cooperazione finanziaria e tecnica (CFT) di circa 1285 progetti, e da cui sono stati selezionati 122 progetti rilevanti per la valutazione (sanità, igiene e prevenzione, droghe, sviluppo locale).

Inoltre, poiché la cooperazione sanitaria è stata finanziata anche attraverso linee budgetarie destinate all'emergenza o al cofinanziamento di progetti di Ong sono state analizzate anche le banche dati CRIS, ECHOSTAT e MIS, che ne contengono i relativi dati, da cui è stato ricostruito un elenco di 621 azioni finanziate attraverso questi canali.

Per completare l'inventario delle azioni il gruppo di lavoro ha raccolto informazioni sui singoli progetti in ogni ufficio della Commissione individuando altre 120 azioni rilevanti.

I dati ottenuti attraverso questi tre canali sono stati raccolti in un unico archivio denominato *Data base EvaLa* contenente 863 azioni. Il *data base* ha permesso di individuare gli elementi caratterizzanti di ciascun progetto e di aggregare successivamente gli interventi da valutare per macrotipologie.

Il *secondo momento* d'indagine si è concentrato sullo studio sul campo, in modo da approfondire la valutazione attraverso la raccolta di dati quantitativi e qualitativi direttamente nei pae-

si destinatari. È stato a tal fine necessario identificare, tra gli 863 progetti/programmi contenuti nella Banca dati EvaLa, un campione d'iniziative su cui concentrare la valutazione sul campo.

Il gruppo di valutazione ha adottato una metodologia d'indagine strutturata attraverso *casi studio*: sono stati infatti analizzati in dettaglio solo pochi progetti, da cui sono state tratte raccomandazioni e suggerimenti per favori-

Grafico 1 - Differenti componenti dell' Aiuto europeo indirizzato al «Sector Salud»

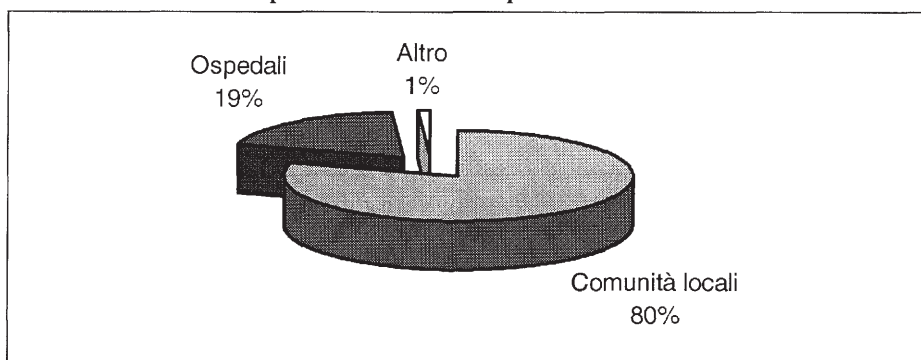
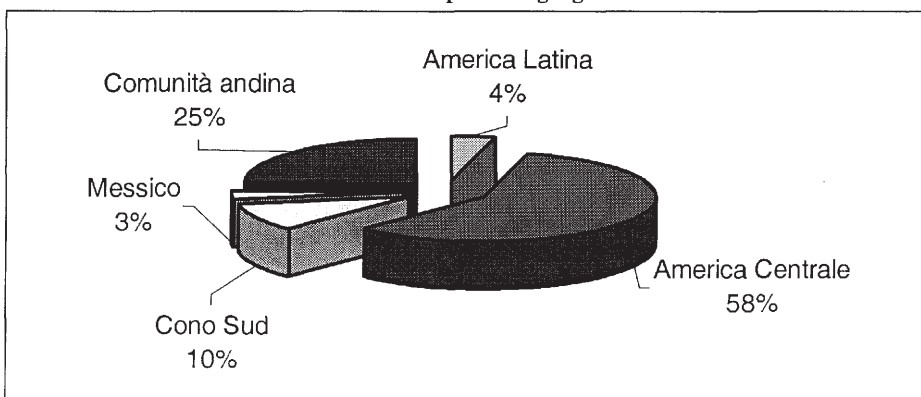


Grafico 2 - Distribuzione dei finanziamenti per area geografica



Box 3 - Le fasi del piano d'indagine

Durante la *prima fase* sono state indagate tutte le banche dati che raccoglievano interventi destinati all' America Latina esistenti in seno alla Commissione europea. Il gruppo di valutazione si è impegnato su un' analisi documentale; al termine di questa attività si è arrivati alla definizione di un *database* delle azioni realizzate attraverso la cooperazione e l' assistenza tecnica comunitaria e della documentazione presente per ciascun progetto.

Il *secondo momento* di indagine si è concentrato sullo studio sul campo, in modo da approfondire, per un campione di progetti, la valutazione attraverso la raccolta di dati quantitativi e qualitativi direttamente nel paese beneficiario.

La *terza fase* si è caratterizzata per l'elaborazione del rapporto finale nel quale sono stati sintetizzati i dati raccolti nelle prime due fasi. Questo documento finale contiene una serie di raccomandazioni dirette alla Commissione, rappresentando pertanto la sintesi delle *lessons learned* e formulando l'approccio della CE alla valutazione dei progetti da confrontare con le logiche seguite da altre agenzie ed istituzioni di cooperazione multilaterale e bilaterale.

re il miglioramento del processo di gestione dei programmi e di definizione delle priorità d'azione dell'Unione europea.

Il campione non rappresentativo di 29 progetti è stato selezionato sulla base di considerazioni di tipo geografico, finanziario, settoriale, grado d'implementazione, complementarità, continuità ed innovatività degli interventi. Dal punto di vista dell'ambito geografico sono stati selezionati prevalentemente progetti indirizzati all'America Centrale, in quanto l'Ue interviene in via prioritaria in questi paesi, considerate le loro condizioni di estrema povertà. I progetti selezionati sono stati finanziati attraverso i canali della CFT e del cofinanziamento con Ong, in quanto canali finanziari prevalenti nell'ambito della cooperazione nel settore indagato, e per esigenze di confrontabilità sono stati considerati solamente quelli ancora in corso, oppure in fase di avvio o terminati al massimo da cinque anni. Sono stati esclusi dal campione tutti i progetti coinvolti da catastrofi naturali, non terminati o che avevano cambiato destinazione. I progetti selezionati erano, pertanto, rappresentati da proposte innovative, progetti pilota, progetti destinati a popolazioni che richiedono

interventi urgenti, e progetti che presentavano proposte gestionali innovative (5).

Il campione di progetti identificato secondo queste logiche è stato successivamente scomposto in cinque macrotipologie di intervento, aggregando i progetti in base a finalità e destinatari (figura 2).

Per ciascun progetto associato ad una tipologia e per ogni attività analizzata è stata compilata una *scheda tecnica* che sintetizza l'iniziativa, ne evidenzia gli obiettivi, le componenti, le aree chiave ed i fattori critici di successo. Per strutturare la valutazione, sono state utilizzate delle *Matrici di valutazione per criteri*, realizzate sulla base dei Terms of Reference definiti dalla Commissione europea che ha ar-

ticolato l'indagine su un livello strategico ed un livello operativo-gestionale. La Commissione stessa ed il gruppo di valutazione hanno identificato, infatti, per ciascuno dei due ambiti, una serie di criteri ed aspetti che dovevano essere indagati (sei criteri legati all'indagine operativo-gestionale e cinque criteri destinati ad analizzare gli aspetti strategici — riportati nel box 4 e nel box 5) al fine di potere presentare una serie di raccomandazioni efficaci e realmente adottabili.

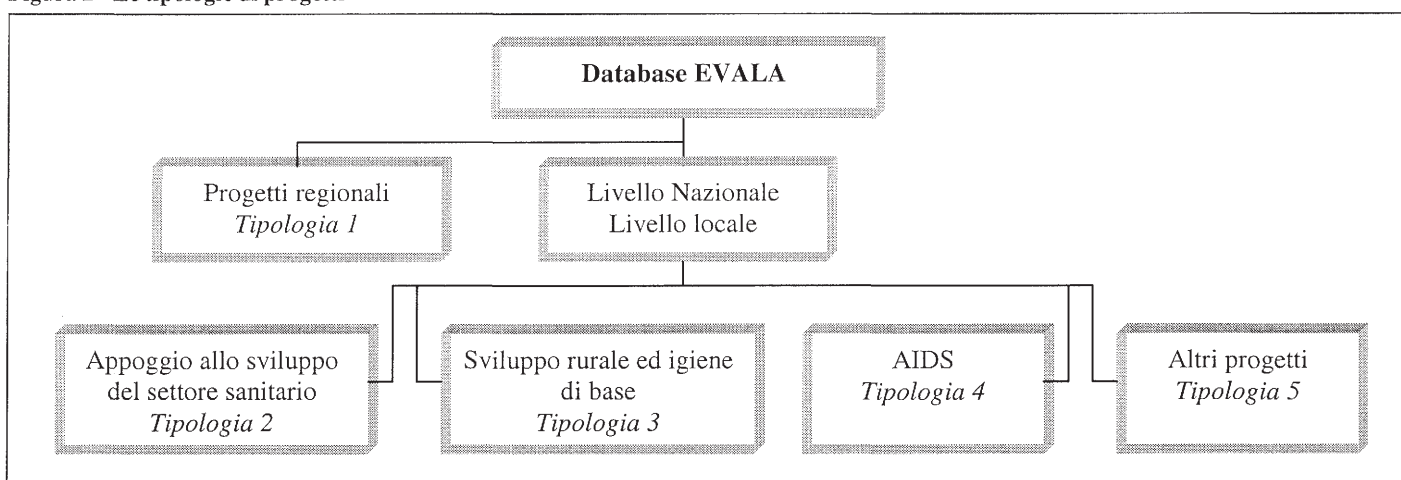
La struttura della matrice per criteri considera i campi d'indagine sopra presentati collegandoli ad ogni tipologia, pertanto individua:

- la *tipologia del progetto*;
- le *aree chiave legate al progetto* (derivano dalle strategie definite nel

**Box 4 - Livello operativo: criteri di indagine**

1. **Pertinenza:** la logica degli interventi è adeguata al contesto in cui si agisce. Il criterio esprime la coerenza espressa attraverso il *Logical Framework*, e i legami fra obiettivi, attività, risultati ed *assumptions*.
2. **Efficienza:** rapporto fra attività e risultati.
3. **Efficacia:** relazione fra risultati ed obiettivi del progetto.
4. **Impatto:** processi e fattori legati al progetto in grado di influenzare l'impatto degli interventi.
5. **Sostenibilità:** indagine dei fattori che permettono il permanere degli effetti del programma nel lungo periodo.
6. **Replicabilità:** attitudine del progetto ad essere replicato. Indagine dei fattori che rendono possibile generalizzare ed estendere l'esperienza.

Figura 2 - Le tipologie di progetti



quadro logico e dalle *assumptions* iniziali);

— *le componenti* (della tipologia): le caratteristiche (destinatari e finalità) di ogni progetto rientranti nella tipologia analizzata;

— *i fattori critici di successo*: elementi rilevanti che caratterizzano le fasi di programmazione, implementazione, esecuzione, valutazione del progetto così come rilevati dall'analisi dei documenti del ciclo del progetto. Si tratta, cioè, dei fattori che facilitano, bloccano o sono determinanti per il raggiungimento degli obiettivi, dell'efficacia, dell'impatto e della sostenibilità del progetto;

— *i criteri di valutazione*.

La scheda tecnica ha facilitato l'individuazione degli interlocutori chiave con cui sviluppare le interviste ed attraverso i quali ottenere le informazioni aggiuntive necessarie, mentre la matrice di valutazione per criteri ha permesso di strutturare per ogni tipologia di progetto e per ogni classe di interlocutori privilegiati un questionario *ad hoc*.

Metodologicamente, gli interlocutori chiave sono stati divisi su tre livelli, a cui sono state associate tre macrocategorie di soggetti da intervistare. Al *livello strategico* sono stati individuati i soggetti collegati alla supervisione e direzione della realizzazione del territorio (funzionari della Commissione europea, funzionari di alto livello dei ministeri della sanità dei paesi beneficiari, funzionari di alto livello di altri organismi coinvolti nel progetto, rappresentanti della cooperazione bilaterale dei paesi membri dell'Unione europea e funzionari di agenzie multilaterali). A *livello gestionale* il profilo dell'interlocutore chiave corrispondeva ai coordinatori europei di progetto, coordinatori locali, responsabili di progetto designati dalle Ong e controparti di uguale livello nel contesto del paese beneficiario.

A *livello locale* sono state raccolte le opinioni degli attori sociali, rappresentanti comunali, e rappresentanti delle comunità locali.

Le tecniche utilizzate per raccogliere informazioni attraverso gli interlocutori privilegiati sono state quelle dell'intervista diretta semi-strutturata, del gruppo di discussione, delle indagini attraverso questionari e della tecnica Delphi (6), mentre la struttura delle interviste, le matrici per la costruzione di dibattiti e tavoli di discussione sono state strutturate in modo differente per ciascuna macrotipologia di progetto e per ciascun livello degli interlocutori chiave.

La valutazione finanziaria dei progetti selezionati, infine, è stata condotta attraverso un'analisi delle fonti e delle principali voci di spesa collegate agli stessi, differenziando i progetti finanziati attraverso la CFT da quelli finanziati attraverso il cofinanziamento delle Ong.

#### 4. Il ciclo del progetto

L'Unione europea ha adottato nel 1993 una metodologia specifica per facilitare la gestione dei progetti: l'approccio del Project Cycle Management (7). Quest'approccio garantisce che i programmi siano al loro interno coerenti, aiuta la definizione della strategia di intervento, ed analizzando le criticità in forma grafica e con l'ausilio di alberi logici aiuta a definire i differenti livelli di obiettivi che il progetto deve raggiungere (box 6).

La logica del *Project Cycle Management* si avvale di uno strumento da tempo utilizzato nei progetti di cooperazione allo sviluppo: il *Logical Framework*. Questo costituisce un ausilio importante alle differenti fasi del ciclo del progetto (formulazione, esecuzione, monitoraggio, valutazione), in quanto permette costantemente di collegare le attività realiz-

##### Box 5 - Livello strategico: criteri di indagine

1. Pertinenza generale: valutazione in relazione al contesto storico, culturale, economico e socio-politico. Studio delle necessità del paese in materia di salute.
2. Coerenza strategica interna: relazione tra le politiche gli accordi e gli strumenti dell'Ue in materia di sanità ed il progetto.
3. Complementarietà: congruenza e complementarietà della strategia dell'Ue con quella dei singoli paesi membri e di altre agenzie internazionali nello stesso ambito.
4. Visibilità: percezione che ha il destinatario dell'intervento circa l'aiuto ricevuto dal donatore.
5. Valore aggregato: caratteristiche che distinguono l'azione dell'Ue da altri interventi di altre agenzie o paesi nello stesso settore.

##### Box 6 - La gerarchia degli obiettivi

**Obiettivo generale**, finalità ideale a cui tende il programma legato alle tematiche della povertà e del sottosviluppo obiettivo raggiungibile solo attraverso un sistema di azioni fra di loro collegate.

**Obiettivo specifico**, obiettivo del progetto considerato come contributo alla diminuzione delle condizioni di povertà esistenti un contributo al raggiungimento del più alto livello di obiettivo.

**Risultati**, *output* attesi dalle attività realizzate che permettono di raggiungere l'obiettivo del progetto.

**Attività**, compiti eseguiti nell'ambito del progetto.

**Mezzi**, strumenti materiali ed immateriali necessari per realizzare le attività.

zate agli obiettivi specifici. La metodologia del *Logical Framework* evidenzia le condizioni del contesto o ipotesi che garantiscono la realizzazione delle attività, permettendo pertanto di formulare ipotesi sui rischi legati all'esecuzione del progetto, aiutandone a definire fattibilità e sostenibilità.

Di seguito descrivendo i contenuti delle diverse fasi in cui si articola il ciclo del progetto, presenteremo le principali riflessioni circa la cooperazione europea in Sud America in ambito sanitario.

La fase di *programmazione* prevede la definizione di un quadro che riunisce i principali obiettivi e finalità della cooperazione allo sviluppo dell'Unione europea. All'interno di questo quadro che definisce la logica e le linee strategiche della Commissione vengono individuate le singole iniziative che l'Unione europea finanzia.

Nel caso della cooperazione sanitaria con l'America Latina non esiste un unico quadro esplicito di priorità definite a livello europeo; tale assenza non permette di individuare chiaramente i beneficiari, i paesi ed i settori a cui devono essere prevalentemente indirizzati gli interventi, ma soprattutto, come riscontrato, può determinare una scarsa coerenza nell'attività complessiva di cooperazione realizzata dall'Unione (figura 3).

La fase di *identificazione* rappresenta il momento nel quale sono analizzati i problemi del paese e durante il quale viene decisa la strategia da adottare per affrontare i problemi del territorio.

Durante questa fase vengono chiaramente identificati i fattori e le attività su cui il progetto si concentrerà per raggiungere l'obiettivo. L'accuratezza dell'analisi del contesto è un elemento determinante per identificare le cause del problema, ma soprattutto le condizioni che permetteranno all'in-

tervento di raggiungere i risultati attesi, vale a dire l'insieme dei rischi che possono ridurre o annullare l'efficacia delle azioni svolte dal progetto.

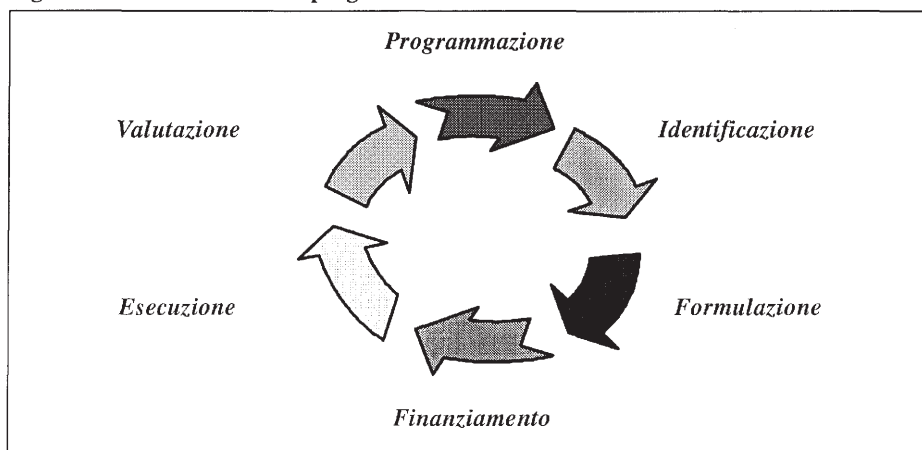
La fase di *identificazione* presenta il quadro della strategia d'intervento e delle precondizioni o ipotesi che supportano la strategia del programma (box 7).

Dai documenti di programma dei progetti classificati EvaLa si è evidenziata una carenza nell'individuazione degli alberi dei problemi e, di conseguenza, una confusione fra i differenti livelli gerarchici degli obiettivi. La mancanza di studi del contesto ha inoltre portato ad una non chiara individuazione dei fattori che hanno influenzato e modificato la realizzazione del progetto: molti progetti hanno dovuto correggere la pianificazione dei tempi e delle attività a causa del

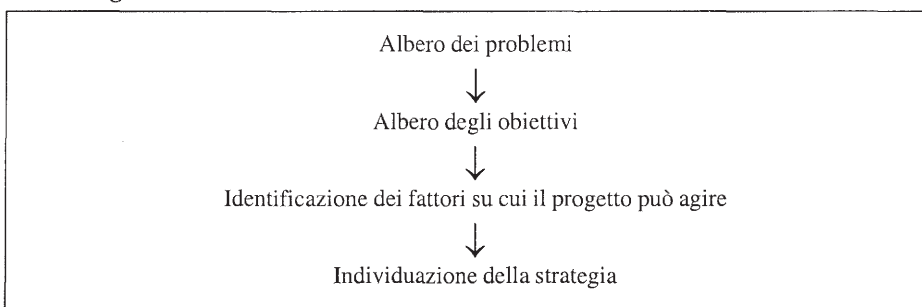
verificarsi di eventi che potevano essere previsti.

Inoltre, dalle interviste sul territorio, sono emerse altre debolezze legate a questa fase: (I) la scarsa partecipazione dei beneficiari dell'intervento che non ha permesso il trasferimento delle conoscenze richieste e (II) la scarsa attenzione che è stata dedicata alla formazione delle risorse umane locali in grado di analizzare il contesto e individuare i fattori esterni che potevano deviare l'esecuzione del programma. Un ulteriore problema è derivato dal fatto che ci sono stati molti ritardi nell'esecuzione dei progetti (sono passati anche due anni tra la fase di identificazione e la fase di prima realizzazione) e, spesso, durante i periodi intercorsi fra l'identificazione e l'esecuzione del progetto le condizioni di contesto si sono modificate.

Figura 3 - Le fasi del ciclo del progetto



Box 7 - Logica di identificazione





La fase di *formulazione* è strettamente collegata alla fase precedente e si caratterizza per l'individuazione della gerarchia degli obiettivi. Mancando la chiara definizione dell'albero dei problemi, pochi progetti fra quelli analizzati hanno presentato un albero degli obiettivi.

La programmazione secondo la struttura del *Logical Framework* suggerisce di individuare un solo obiettivo specifico, collegato all'obiettivo generale. Nei progetti analizzati molto spesso si individuano più obiettivi specifici: questo causa difficoltà nel comprendere le relazioni esistenti fra i differenti obiettivi (difficoltà nello stabilire un nesso causale fra i risultati e gli obiettivi specifici nonché fra differenti obiettivi specifici).

La fase di formulazione è una fase prettamente amministrativa, ciò nonostante deve essere supportata da tecnici in grado di aiutare il personale amministrativo nella elaborazione degli obiettivi del programma/progetto. È importante, inoltre, che questa fase non sia sviluppata in tempi troppo lunghi in quanto si annullerebbero gli sforzi fatti durante la fase di identificazione per rilevare i fattori di contesto.

Durante questa fase viene definita anche la sequenza delle singole attività; infatti l'individuazione degli obiettivi e dei fattori di contesto che possono influenzare la realizzazione del progetto permette di pensare il progetto disaggregando progressivamente gli obiettivi in risultati ed i risultati in sotto attività. Attraverso un esercizio di progressiva scomposizione si arriva alla definizione del calendario delle attività elementari che devono essere eseguite.

La fase di *finanziamento* dei progetti è legata al processo di definizione delle assegnazioni finanziarie. È una fase che ha presentato alcuni problemi derivanti dalla lentezza delle procedu-

re: tra la firma degli accordi di finanziamento e l'esecuzione del progetto sono passati, in genere, tra i 6 ed i 23 mesi. Questi ritardi nell'erogazione dei finanziamenti sono dovuti a lentezze amministrative dei paesi beneficiari, ed a volte derivano dai tempi di approvazione dei bilanci della Commissione europea.

Nel caso di progetti regionali (tipologia 1) in cui sono coinvolte più amministrazioni di paesi differenti i tempi si allungano ulteriormente. Questa tipologia risulta poi altamente problematica in quanto non sono state chiarite le modalità con cui ciascun Paese effettua i propri apporti finanziari; inoltre, se un Paese non partecipa con il proprio contributo mette a rischio l'intero programma e i paesi che già hanno finanziato alcune attività rischiano di vedere vanificati i propri sforzi finanziari.

I problemi incontrati nella definizione dei *budget* solitamente sono legati alla scarsità di risorse assegnate agli imprevisti e all'insufficienza del finanziamento per terminare alcune opere (progetti ospedalieri), mentre i progetti di sviluppo rurale presentano la particolarità di ricevere finanziamenti dalla Commissione europea, dai governi ed in piccola parte anche dalle comunità destinatarie dell'intervento.

Alcuni problemi legati al processo di finanziamento dei progetti/programmi derivano dal fatto che molto spesso le assegnazioni finanziarie sono inferiori rispetto al preventivo proposto durante la fase di identificazione; a questa diminuzione delle risorse assegnate però non corrisponde una ridefinizione delle attività e degli obiettivi.

Un ulteriore problema consiste nelle forti spinte inflazionistiche presenti in questi paesi: se l'arco temporale che trascorre tra la fase di identificazione e quella di finanziamento-esecuzione è troppo lungo le assegnazioni finanzia-

rie perdono di valore e non sono più sufficienti per raggiungere gli obiettivi stabiliti.

Questi problemi causano un effetto distorsivo sulla fase di identificazione. Per tutelare i progetti e garantire che una volta approvati e finanziati possano effettivamente raggiungere i risultati previsti i valori dei bilanci previsionali iniziali sono più elevati.

La fase di *esecuzione* comprende la realizzazione delle attività proposte per raggiungere i risultati definiti in modo da soddisfare l'obiettivo del progetto. La valutazione ha rilevato che gli obiettivi ed i risultati sono stati raggiunti dalla maggior parte delle iniziative anche se in tempi molto differenti rispetto a quelli proposti.

Dalle interviste è emerso come siano considerati strumenti utili per l'esecuzione dei progetti i piani operativi ed è stato apprezzato il sistema di codirezione adottato dall'Ue per i progetti realizzati attraverso il canale CFT, che garantisce la trasparenza e favorisce la partecipazione, l'«appropriazione» e l'«interiorizzazione» delle iniziative da parte dei funzionari locali.

In generale sono state apprezzate la professionalità e le capacità tecniche del personale, sia della Commissione sia delle Ong estere. Alcuni problemi sono stati invece riscontrati dalla gestione affidata ad Ong locali che in alcuni casi non hanno dimostrato di avere l'esperienza e le capacità tecniche per supportare l'implementazione dell'intervento. Con riferimento ai progetti finanziati attraverso le Ong si è apprezzata l'agilità gestionale di cui hanno goduto i programmi, anche se, come è emerso dalle interviste, questi soggetti dovrebbero avere un ruolo più attivo nel seguire la realizzazione dei progetti/programmi.

La fase di *valutazione* comprende tutte le indagini collegate al programma e non include solamente la fase di

valutazione *ex post* come potrebbe essere inteso dalla lettura del grafico del ciclo del progetto (figura 3).

Il momento valutativo rappresenta un elemento di debolezza nel processo di gestione dei progetti di cooperazione sanitaria in America Latina. Infatti sono state rilevate pochissime valutazioni *ex post*, alcune valutazioni intermedie condotte da un gruppo di esperti esterni e la qualità delle valutazioni *ex ante* è stata messa in discussione alla luce delle carenze rilevate durante la fase di identificazione ed analisi della situazione di contesto (manca un'attenta analisi delle strategie alternative).

Le valutazioni condotte si sono concentrate molto sulla rilevazione di dati di tipo quantitativo riguardanti il raggiungimento dei risultati fissati e le spese sostenute per il progetto. Un ruolo marginale rivestono invece valutazioni più qualitative su aspetti quali la sostenibilità, la coerenza ed il coordinamento delle attività. L'efficienza è l'indicatore che viene rilevato con maggiore frequenza in quanto di facile valorizzazione perché rapporta i risultati raggiunti al livello di spesa sostenuto.

La diffusione dei risultati delle valutazioni condotte (prevalentemente valutazioni a medio termine) è stata molto limitata; ciò non ha favorito il diffondersi di conoscenze che potevano aiutare la realizzazione e la correzione anche di altre attività.

Il momento valutativo ha assunto negli ultimi anni un ruolo centrale nella definizione di programmi di cooperazione, in quanto un adeguato sistema di diffusione dei risultati permette di innescare un processo virtuoso di continuo miglioramento basato sulle *lessons learned*. Pertanto, risulta importante che la Commissione strutturi fin dall'inizio del processo di programmazione la valutazione, identificando chiaramente i criteri valutativi

che intende indagare. Attraverso questa chiara disposizione dell'organo centrale ed anche attraverso il miglioramento dei processi di comunicazione interna si potranno identificare e diffondere i casi eccellenti (diffusione delle *Best Practices*), favorendo un processo imitativo virtuoso.

## 5. I Risultati della valutazione

### 5.1. Indagine della prospettiva strategica della cooperazione europea

EvaLa è stata volta ad individuare la posizione dell'Unione europea rispetto al contesto nel quale interveniva ed in rapporto alle politiche realizzate dagli altri attori della cooperazione, e a suggerire alcune strategie di miglioramento. Queste ultime, insieme ai principali risultati dello studio complessivo, sono di seguito sintetizzate per punti nella logica richiesta dalla Commissione europea.

### 5.2. Coerenza strategica interna

Nonostante la non chiara definizione delle priorità europee (8), dalle interviste con i rappresentanti delle delegazioni europee (attori del livello strategico intervistati) è emersa una conoscenza in termini generali delle principali priorità della Commissione, anche se è mancato comunque uno schema di priorità specifico per i programmi sanitari e questo talvolta ha generato incomprensioni. Gli altri attori al livello strategico (responsabili della cooperazione multilaterale, responsabili della cooperazione bilaterale dei paesi membri dell'Ue, ed alcuni condirettori europei) non hanno avuto modo di conoscere queste priorità, e pertanto hanno incontrato varie difficoltà nel valutare la coerenza tra le azioni realizzate attraverso il canale della cooperazione europea.

La cooperazione è stata percepita come uno spazio nel quale i differenti attori competono fra di loro per avere maggiore visibilità e protagonismo. Questo fenomeno, riconosciuto dagli attori locali, si è aggravato laddove i differenti attori non hanno esplicitato le proprie strategie, finendo per danneggiare soprattutto i paesi destinatari degli interventi.

### 5.3. Complementarietà e coordinamento

Le persone intervistate, coinvolte al livello strategico nell'esecuzione dei progetti, hanno chiaramente espresso la necessità di maggior coordinamento fra le differenti agenzie presenti sul territorio e fra i «programmi paese» da queste seguiti. Esistono dei coordinamenti (sono infatti state create, nell'ambito delle istituzioni di ciascun paese, delle unità amministrative per il coordinamento degli attori cooperanti), ma i risultati raggiunti da questi organi non sono, però, stati giudicati sufficienti: le unità di coordinamento hanno avuto grandi difficoltà nell'esercizio del loro compito derivanti da problemi sia di tipo gestionale interno (pochi fondi, difficoltà di comunicazione, scarso personale) che derivanti dall'appoggio politico.

Oltre al coordinamento eseguito dal governo locale, nel periodo considerato esisteva una volontà espressa dei coordinatori di progetto di favorire il processo di armonizzazione e complementarietà con gli altri interventi, ma non era però ancora chiaro a che livello del ciclo del progetto bisognasse coinvolgere e consultare gli altri attori cooperanti. Al momento della valutazione il coordinamento avveniva durante la fase di esecuzione (si trattava di un coordinamento delle attività sul campo), e l'armonizzazione degli interventi era svolta direttamente dai responsabili dei progetti con risultati ap-

prezzabili. Attraverso le interviste è emersa però la necessità di introdurre il coordinamento anche al livello della Commissione europea (negli uffici amministrativi centrali), in modo da strutturare la complementarietà tra le iniziative già durante la fase di programmazione ed identificazione.

Un elemento di complessità che ha reso difficile il coordinamento delle iniziative deriva dal fatto che i progetti hanno avuto durata differente e sono iniziati in momenti diversi. In particolare durante il lungo lasso di tempo che trascorre tra la fase di identificazione e la realizzazione del progetto di cooperazione europea, altre agenzie hanno avviato nuove iniziative variando le condizioni di contesto. Per favorire il coordinamento i progetti europei dovrebbero essere più flessibili, in grado di rispondere quindi alle esigenze di complementarietà sopravvenute.

Un'ulteriore suggerimento derivante dagli attori intervistati ha proposto di dare un ruolo di coordinamento alle Delegazioni dell'Unione europea, che avrebbero potuto garantire almeno la complementarietà delle azioni tra i singoli paesi membri nonché con le iniziative della Commissione.

#### 5.4. La pertinenza

La pertinenza deriva dalla valutazione del rapporto fra il contesto del paese, le necessità dei destinatari e gli orientamenti della cooperazione (9).

Per valutare questa dimensione occorre conoscere a fondo la situazione locale, regionale e nazionale, le necessità della popolazione, le risorse disponibili sul territorio nonché gli orientamenti e le strategie del cooperante. Si è già segnalato come, in generale, gli attori non appartenenti al sistema Ue non avessero una chiara visione delle priorità d'azione europee; cosa che ha influenzato negativamen-

te il giudizio di pertinenza, congiuntamente ad altri due ulteriori elementi:

— *il ruolo e la posizione degli attori intervistati*: i coordinatori nazionali dei progetti, per esempio, hanno un'elevata conoscenza della realtà locale e nazionale, conoscono le strategie, le risorse e le necessità del paese. Questi attori hanno indicato come l'Ue sia riuscita a interpretare al meglio gli sforzi nazionali. Chi invece è più vicino alla logica europea (rappresentanti presso le Delegazioni) valuta l'intervento dell'Unione europea adeguato alle necessità del territorio. Nonostante il punto di vista differente che da maggior peso alla strategia dell'Ue o a quella del paese, complessivamente i risultati della valutazione di pertinenza sono stati positivi;

— *la tipologia dei programmi*: per le attività di igiene ed assistenza sanitaria alle comunità e di lotta contro malattie specifiche l'intervento dell'Ue è stato giudicato pertinente, cioè coerente con le necessità del territorio. Laddove l'intervento ha come finalità il supporto di un processo di riforma ed è volto ad introdurre cambiamenti nelle politiche e nei programmi nazionali, il giudizio degli attori locali diventa negativo.

#### 5.5. Il valore aggregato (10)

In generale sono stati riconosciuti quali elementi di vantaggio dell'azione dell'Ue:

— la capacità di negoziazione più elevata rispetto a quelle dei singoli paesi, e l'indipendenza dell'azione europea rispetto agli interessi economici e politici dei singoli Stati membri;

— l'elevata capacità finanziaria.

Gli aspetti positivi segnalati direttamente dai beneficiari includono, oltre ai due aspetti sopra citati, anche la capacità di finanziare grandi progetti con impatti positivi duraturi, un sistema di gestione finanziaria molto tra-

sparente, un sistema di governo basato sulla codirezione con il governo nazionale che facilita l'apprendimento da parte del governo locale e favorisce il trasferimento di competenze tecniche, la qualità e le capacità tecniche comparabili a quelle dei paesi membri, il raggiungimento degli obiettivi prefissati, la capacità tecnica di gestione della cooperazione pari a quella delle migliori agenzie di cooperazione dei paesi membri. Rispetto alle agenzie di cooperazione degli Stati membri, sono stati riconosciuti all'Ue i meriti legati al maggiore potere negoziale ed alla disponibilità finanziaria più elevata, ma negativamente sono stati giudicati i sistemi di gestione considerati troppo burocratici, l'eccessiva lentezza decisionale e la mancanza di flessibilità dei processi, nonché la mancanza di esperienza in alcuni ambiti d'intervento.

Dalle interviste emerge come nei progetti regionali venga riconosciuto alla Commissione europea un ruolo chiave, perché la creazione di progetti di questo tipo richiede grandi capacità di mediazione con più paesi contemporaneamente che solamente un attore come l'Ue, al di sopra degli interessi economici dei singoli paesi, riesce ad assicurare.

#### 5.6. La visibilità

Gli attori intervistati hanno dato varie interpretazioni di questa variabile d'indagine:

— visibilità legata ad azioni di comunicazione esterna e pubblicità;

— comunicazione nell'ambito in cui si realizza l'intervento;

— immagine della Unione europea come agente di sviluppo e come istituzione donante;

— missione e trasparenza ideologica dell'azione europea;

— identità corporativa espressa dai responsabili dei progetti.

In generale i progetti realizzati hanno dato all'Unione europea l'immagine di un'istituzione coinvolta nel processo di cooperazione e dedita allo sviluppo dei paesi poveri.

I fattori che hanno contribuito alla definizione di un'immagine positiva sono stati: la qualità tecnica degli interventi, il rispetto degli accordi ed il raggiungimento di obiettivi tangibili.

Solamente l'aspetto del forte ritardo nella concessione dei finanziamenti è stato segnalato come elemento negativo per l'immagine dell'Ue.

## 6. Indagine secondo la prospettiva operativo-gestionale

### 6.1. La rilevanza (11)

Una difficoltà legata all'indagine della rilevanza è derivata dal fatto che molti paesi non hanno un piano sanitario nazionale o locale ben definito (12). La situazione sanitaria di alcuni paesi è talmente grave che qualsiasi azione di cooperazione volta a rafforzare questo ambito appare rilevante e necessaria anche se non collegata a priorità definite nei piani nazionali.

Comunque gli interlocutori intervistati hanno segnalato un apprezzamento positivo riguardo la rilevanza delle azioni europee. I problemi sui quali si è intervenuto e le comunità destinatarie dei progetti rappresentano ambiti prioritari anche nelle politiche dei singoli paesi.

Per garantire elevati livelli di rilevanza dei progetti risulta importante concentrare l'attenzione sulla fase di identificazione, così come è già stato sottolineato, in particolare un coinvolgimento dei rappresentanti nazionali o locali durante la fase di definizione della strategia e del progetto, potrebbe permettere automaticamente di definire iniziative coerenti con le strategie sanitarie in atto nel paese.

Il concetto di rilevanza sembra perdere significatività per i progetti regionali, in quanto questi sono collegati a realtà di differenti paesi. Un programma di questo tipo deve essere coerente con le esigenze e necessità di ciascun paese e gli obiettivi definiti dal programma devono cercare di dare risposta alle priorità di ogni piano nazionale. Questa complessità rende difficile la definizione di tali progetti ed evidenzia l'importanza che assumono la mediazione ed il dialogo.

### 6.2. Efficacia (13)

Le difficoltà riscontrate nel rispettare i tempi definiti, con il conseguente allungamento di quelli necessari per raggiungere gli obiettivi generali, hanno influenzato negativamente la valutazione dell'efficacia.

In particolare i forti ritardi nelle procedure di assegnazione delle risorse sono stati richiamati come fattori negativi. I ritardi gestionali dei progetti hanno causato enormi accelerazioni delle attività nelle fasi finali del programma, diminuendo la qualità degli interventi e spesso costringendo a ritardare i tempi di realizzo.

I progetti cofinanziati da organizzazioni non governative hanno dimostrato maggiori capacità di rispettare i tempi di realizzo secondo le esigenze del territorio (necessitano di un minore appoggio istituzionale) e sono stati apprezzati per la flessibilità organizzativa, anche in considerazione del

fatto che sono stati realizzati in condizioni critiche e in zone difficilmente accessibili.

L'indagine sulla capacità tecnica degli operatori coinvolti nei progetti/programmi ha portato a risultati molto positivi per i programmi CFT e delle Ong europee, mentre i progetti finanziati e promossi tramite Ong locali non sempre hanno raggiunto soddisfacenti livelli di competenza tecnica: si sono evidenziati episodi di opportunismo tra le Ong locali che, pur non avendo le competenze necessarie per la realizzazione delle iniziative, sono riuscite ad ottenere i finanziamenti.

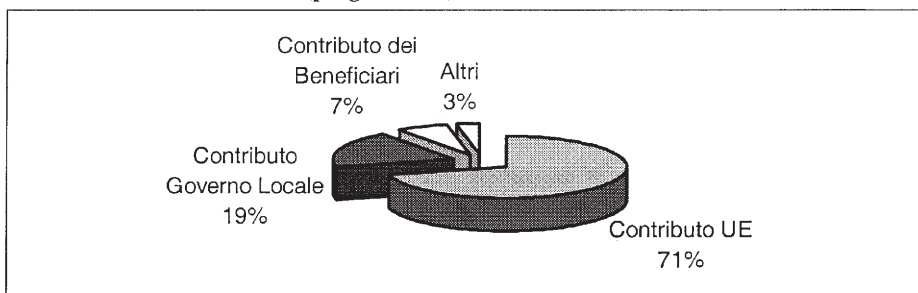
### 6.3. Efficienza

L'efficienza degli interventi europei è stata indagata attraverso una valutazione finanziaria, differenziata per i due canali utilizzati, la CFT e lo specifico canale delle Ong.

#### 6.3.1. Progetti CFT

Nei progetti finanziati attraverso la CFT, il contributo Europeo copre il 71% del costo dell'iniziativa, i governi locali (livello ministeriale e provinciale) contribuiscono per il 19% del costo totale del progetto (coprendo in parte le spese di gestione e le spese per il personale locale), mentre i diretti beneficiari degli interventi finanziano il 7% dell'iniziativa prevalentemente attraverso la partecipazione ai costi per le infrastrutture (grafico 3).

Grafico 3 - Analisi delle fonti (progetti CFT)



Del finanziamento europeo il 64% è destinato ad attività che producono un beneficio diretto, mentre il 20% è destinato alla copertura delle spese di assistenza tecnica europea. Queste ultime consistono soprattutto nella formazione del personale locale, ma come emerge dalle considerazioni dei beneficiari possono in alcuni casi essere insufficienti a garantire la sostenibilità futura del programma. Il 9% delle risorse europee è destinato a coprire alcune spese di gestione (funzionamento e costo del personale locale, se non completamente coperto dal contributo nazionale/provinciale). Infine il 7% del totale finanziato viene destinato dall'Ue a studi, pubblicazioni, nonché alla copertura di eventuali imprevisti (grafico 4).

### 6.3.2. Progetti Ong

Mediamente la distribuzione dei finanziamenti legati a questi progetti si sviluppa con un contributo dell'Ue che copre il 46% del costo totale dell'iniziativa, mentre le Ong partecipano con il 25% delle spese. I governi locali contribuiscono alla copertura del 10% dei costi (in tutti i paesi esiste un contributo da parte locale), mentre i governi nazionali si fanno carico di un ulteriore 10% del fabbisogno totale. Questa tipologia di progetti prevede anche la partecipazione di privati che finanziano mediamente il 3% del totale (grafico 5).

I progetti Ong hanno una distribuzione dei costi differente rispetto alla tipologia CFT sopra presentata: il 92,38% dei fondi del progetto sono destinati a costi per produrre benefici diretti, le spese amministrative si riducono al 4,59%, i costi di sensibilizzazione ammontano al 1%, mentre solamente lo 0,9% è destinato a coprire le spese di valutazione.

Un confronto tra i progetti gestiti da CFT e da Ong è riportato in tabella 2

in cui sono sintetizzate le principali caratteristiche di ciascuna tipologia.

### 6.4. Impatto

La valutazione condotta non aveva quale finalità l'individuazione dell'impatto diretto delle azioni di cooperazione sul raggiungimento dell'effettivo obiettivo generale (miglioramento delle condizioni di salute e lotta alla povertà), in quanto diverse sono le cause ed i fattori che influenzano lo stato di salute di una popolazione (per es. livello del reddito, educazione, creazione di infrastrutture ...) e che influenzano gli indicatori sanitari. Pertanto non ha costituito finalità di questa valutazione indagare quanto il miglioramento o il peggioramento delle condizioni sanitarie sia attribuibile ai progetti realizzati (14).

Bisogna anche osservare che nelle realtà Latino Americane fare eccessivo affidamento sugli indicatori non ha

senso in quanto molte delle realtà nelle quali l'Ue interviene si caratterizzano per un'assenza totale di dati o una parziale raccolta di informazioni sia di tipo anagrafico sia di tipo sanitario.

Queste considerazioni hanno portato il gruppo di lavoro a ridefinire il concetto di impatto come capacità di modificare i comportamenti e le attitudini dei destinatari. La valutazione pertanto non ha definito indicatori d'impatto di tipo quantitativo, ma ha rilevato alcuni giudizi sul cambiamento dei comportamenti attraverso interviste con interlocutori chiave, da cui è emerso che una grande capacità di modificare i comportamenti dei soggetti beneficiari risiede nella formazione e nella partecipazione sociale realizzata attraverso le iniziative di igiene e sanità nell'ambito rurale, come nel caso dei progetti in ambito materno infantile, di cui è riportato un esempio nel box 8.

Grafico 4 - Ripartizione del contributo Ue (CFT)

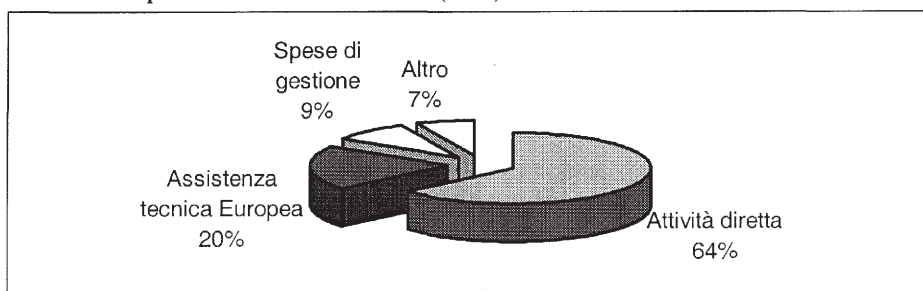
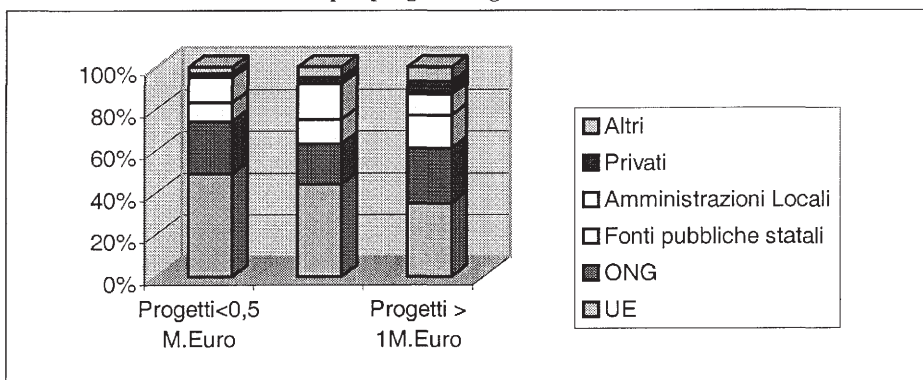


Grafico 5 - Struttura delle fonti per progetti Ong



In generale, i progetti che appoggiano i processi di riforma del settore sanitario hanno potenzialmente un maggiore impatto, perché l'affiancamento tecnico garantisce nella maggior parte dei casi un valido stimolo alla ridefinizione dei sistemi di finanziamento e delle condizioni di accesso alla sanità pubblica.

### 6.5. Sostenibilità

Non è stato possibile condurre una valutazione completa della sostenibilità dei progetti analizzati in quanto, quando EvaLa è stato realizzato, non tutte le iniziative erano terminate. Comunque, la sostenibilità è stata analizzata da più punti di vista, volendo considerare tutti i principali fattori che possono garantire la permanenza degli effetti positivi raggiunti da un progetto/programma.

La *sostenibilità finanziaria* degli interventi costituisce sicuramente l'ambito più problematico per i paesi in via di sviluppo. La capacità di continuare un progetto, prolungando nel tempo gli effetti positivi della cooperazione, dipende dal grado di partecipazione dei governi alla copertura delle spese.

Nei progetti di CFT l'elevata copertura dei costi garantita dall'Ue (71%) può minare la sostenibilità futura del progetto (15), ma i progetti finanziati tramite Ong risultano ancora più problematici dal punto di vista della sostenibilità. Il contributo del governo locale o nazionale solitamente non è sufficiente a garantire il proseguimento dell'attività una volta terminato l'aiuto. Tale situazione ha richiesto, in taluni casi, l'introduzione di sistemi di compartecipazione da parte della popolazione destinataria.

La sostenibilità della maggior parte delle azioni realizzate presuppone la necessaria partecipazione del governo, attraverso un aumento della spesa

**Tabella 2 - Un confronto fra progetti CFT ed Ong**

CFT	ONG
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'efficienza viene incentivata e a tal fine viene adottato il sistema di co-direzione.</li> <li>● L'efficienza dipende non solo dall'Ue ma anche dalle caratteristiche delle istituzioni governative che sono controparti nell'Unità di gestione.</li> <li>● Il complesso sistema di resoconti finanziari e l'eccessiva burocratizzazione non permettono il raggiungimento dell'efficienza.</li> <li>● I progetti finanziati sono di grandi dimensioni, inoltre, essendo collegati a istituzioni pubbliche, non godono di grande flessibilità.</li> <li>● La regolamentazione europea prevede una descrizione analitica delle spese in collegamento con le attività realizzate (valutazioni intermedie dell'efficienza di gestione, controlli contabili) ciò garantisce un controllo sulle modalità di impiego delle risorse. Il controllo burocratico pur rimanendo uno strumento utile non può essere l'unico mezzo di controllo: la regolamentazione eccessiva diminuisce l'efficienza ed ostacola la flessibilità.</li> <li>● Problemi di tipo burocratico ed amministrativo legati all'erogazione dei finanziamenti nei tempi corretti (tempi e ritmi istituzionali della Commissione) creano:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— distorsioni finanziarie (per evitare che i ritardi uniti all'inflazione diminuiscano il valore della disponibilità finanziaria del progetto, a preventivo si sopravvalutano i costi);</li> <li>— sovraccarico della gestione amministrativa che ricerca finanziamenti attraverso altri canali;</li> <li>— difficoltà di gestione.</li> </ul> </li> <li>● L'efficienza non può essere garantita dall'eccessiva regolamentazione: una via per diminuire gli oneri burocratici lasciando invariato il profilo dell'efficienza nell'uso delle risorse deve essere garantito da un equilibrato sistema di devoluzione di maggiore autonomia finanziaria alle delegazioni responsabili dei progetti, controllato attraverso valutazioni <i>in itinere</i> ed <i>ex post</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Capacità elevate di massimizzare l'utilizzo delle risorse, elevata capacità operativa (bassi livelli di spese amministrative).</li> <li>● Le differenze presenti tra le Ong non permettono di generalizzare il giudizio di efficienza: in molti casi mancano le competenze tecniche e professionali necessarie per raggiungere i risultati previsti.</li> <li>● I progetti sono di piccole e medie dimensioni pertanto hanno oneri amministrativi inferiori; non sono regolamentati da normative nazionali perciò presentano maggiore flessibilità.</li> <li>● Non esistono modalità per controllare che l'utilizzo delle risorse sia collegato ad un intervento tecnicamente valido.</li> <li>● Il miglioramento dell'efficacia dei progetti finanziati attraverso il canale delle ONG potrà essere garantito solamente da un aumento dei controlli sulle capacità tecniche delle stesse.</li> </ul>

### Box 8 - Un esempio di considerazioni d'impatto

Un risultato positivo collegato a progetti in ambito materno infantile deriva dalla registrazione delle nascite e delle morti: un progetto di questo tipo può causare un incremento del tasso di mortalità. Questo incremento non può essere giudicato come impatto negativo in quanto segnala solamente un miglioramento del sistema di rilevazione e non un peggioramento delle condizioni sanitarie per madri e bambini.

destinata alla sanità, ma tali manovre sono impensabili per paesi poveri ed indebitati, che sottostanno a rigide politiche di bilancio impostegli da organismi finanziari mondiali (World Bank e Fondo Monetario Internazionale); pertanto, il più delle volte non esiste autonomia finanziaria in grado di rendere sostenibili i risultati raggiunti (box 9).

Le considerazioni derivanti dallo studio sul campo propongono di analizzare con maggiore dettaglio le politiche di recupero dei costi per individuare nuovi sistemi di cofinanziamento da parte dei destinatari. La valutazione evidenzia, inoltre, quale elemento a garanzia della sostenibilità la formazione dei tecnici locali e l'appoggio alle riforme istituzionali del settore sanitario. Sono state proposte tre linee d'azione per risolvere alcune delle criticità legate alla sostenibilità finanziaria:

- aumentare la conoscenza e la diffusione dei progetti che si sono dimostrati nel tempo sostenibili e costruire un sistema di casi studio volto ad individuare i fattori che garantiscono la sostenibilità delle azioni;

- coordinare gli interventi con altri progetti/programmi di sviluppo;

- introdurre nelle valutazioni *ex ante* le indagini di fattibilità finanziaria (accanto a quelle di fattibilità istituzionale, organizzativa e logistica abitualmente realizzate). Queste dovranno considerare attentamente gli incrementi di spesa pubblica che il progetto causerà e farà gravare sui governi locali e nazionali. Nel valutare la sostenibilità finanziaria bisogna includere il complesso sistema di risorse provenienti dalla cooperazione su cui il paese potrà contare al termine del progetto.

La *partecipazione sociale* rappresenta un ulteriore fattore essenziale per garantire la sostenibilità degli interventi. Attraverso il coinvolgimento

degli attori sociali nella pianificazione e realizzazione delle azioni la popolazione locale interiorizza e condivide appieno la strategia adottata. Questo costituisce una prima forma di trasferimento delle conoscenze in quanto la popolazione locale vede nuove modalità per affrontare i propri problemi. La partecipazione al progetto, oltre a cambiare i comportamenti dei destinatari, comporta un *empowerment* della popolazione locale che diventa capace autonomamente di individuare il problema, proporre delle soluzioni e decidere come intervenire. Attraverso il coinvolgimento del beneficiario la partecipazione comunitaria aumenta la pertinenza delle azioni e la credibilità delle valutazioni.

Una difficoltà legata alla partecipazione deriva dal fatto che gli attori sociali, individuati, formati e con i quali si inizia a lavorare, molto spesso abbandonano il progetto perché perdono interesse nello stesso e/o ottengono nuove opportunità altrove. Quando ciò avviene la sostenibilità dell'intervento difficilmente può garantirsi.

L'America Latina ha dimostrato la necessità di un forte *appoggio istituzionale* (16) al settore sanitario per migliorare le proprie capacità gestionali e di indagine del territorio. Le amministrazioni pubbliche gestiscono circa il 50% delle risorse della spesa sanitaria nazionale (mediamente del 2,17% del PIL), oltre a gestire le risorse materiali ed umane collegate a questo settore.

Anche l'America Latina è stata, come molti altri paesi, interessata da processi di riduzione e contenimento della spesa pubblica, con conseguenze sul peggioramento delle condizioni di accesso alle strutture sanitarie e ai farmaci.

Gli interventi relativi alle riforme sanitarie, oltre a rispondere alle necessità di un supporto tecnico da parte dei paesi beneficiari, pongono le basi per garantire la sostenibilità di ogni iniziativa futura di cooperazione sanitaria realizzata nei paesi.

La cooperazione europea si realizza prevalentemente attraverso un supporto tecnico e gestionale per migliorare i sistemi di finanziamento e di utilizzo/distribuzione delle risorse. Rimane responsabilità del paese beneficiario definire la strategia sanitaria del paese e l'Ue non può interferire nella definizione delle priorità nazionali. L'assistenza dell'Ue si limita, pertanto, all'informazione e all'analisi di esperienze analoghe, senza definire gli indirizzi del processo di riforma.

Sebbene questi progetti abbiano un impatto nel lungo periodo, e talvolta limitato, sembrano, a giudizio della stessa Ue ma, soprattutto dei paesi beneficiari, rivestire un ruolo cruciale tra le iniziative di cooperazione in ambito sanitario. Per assicurare la sostenibilità degli interventi, dalle interviste realizzate, emerge anche la necessità di promuovere *azioni intersettoriali* (vedasi tabella 3), anche se la collaborazione intersettoriale non è

#### Box 9 - La sostenibilità dei progetti di sviluppo dei sistemi sanitari

I progetti di «Desarrollo Sector Salud» hanno circa 600.000 beneficiari diretti. Le attività durano mediamente 5 anni e comportano un costo medio *pro capite* annuo di 4,3 euro. Una volta terminato il progetto i costi aggiuntivi di gestione (sostenuti nei 5 anni precedenti dall'Ue) insieme a quelli di mantenimento delle infrastrutture e dei macchinari ammontano a 1,2 euro per beneficiario per anno (rappresentano il 25% dei costi totali). Sostenere questo progetto per un paese povero del Centro America, presuppone un incremento dell'1,8% della spesa pubblica *pro capite* annua: a questo si aggiungono gli effetti della svalutazione della moneta locale e dell'inflazione. Questo aumento necessario risulta difficilmente compatibile con le politiche di tagli alla spesa pubblica.

**Tabella 3 - La caratteristica dell'intersectorialità**

	<b>Intersectorialità</b>
<b>Riforma settore sanitario</b>	Diffondere una visione incentrata sulla sanità in ogni ambito d'azione per favorire lo sviluppo sostenibile, ridurre le disuguaglianze, innalzare i livelli di attenzione alla salute della collettività socioeconomiche che determinano livelli differenti di salute.
<b>Progetti regionali</b>	Integrare tra differenti paesi e differenti settori il concetto di sanità e diritto alla salute delle popolazioni svantaggiate.
<b>Sviluppo rurale</b>	Integrazione di quattro ambiti settoriali differenti: sicurezza alimentare, conservazione dell'ambiente, costruzione di infrastrutture, incremento del reddito familiare e sviluppo comunitario.
<b>Aids</b>	Collega aspetti di informazione, lotta alla povertà ed accesso ai servizi di base educativi e sanitari.

facilitata dalla suddivisione delle competenze ministeriali e trova un grosso ostacolo nella competizione fra i vari settori per l'ottenimento delle risorse.

Altri aspetti indagati legati al concetto di sostenibilità riguardano la questione di integrazione della donna, l'impatto ambientale degli interventi e la prospettiva etno-culturale.

Queste tematiche, pur rappresentando priorità trasversali dell'Ue, sono destinatarie di azioni specifiche e considerate dalla Commissione elementi rilevanti nella valutazione dei progetti (tabella 4).

**Tabella 4 - Le priorità trasversali e la sostenibilità dei progetti**

	<b>Sostenibilità</b>
<b>Integrazione delle donne <sup>1</sup></b>	La centralità delle donne è stata trattata nei progetti di cooperazione finanziati dall'Ue prevalentemente attraverso aspetti di pianificazione familiare e di salute riproduttiva. Questi interventi sono stati realizzati al fine di: frenare la crescita demografica, sostenere il processo di sviluppo e miglioramento della salute della popolazione, nonché per diminuire i tassi di mortalità materno infantile. Un ulteriore aspetto legato alla salute riproduttiva è la necessità di supportare la lotta all'Aids.  Il ruolo della donna quale promotrice delle norme di igiene e salute risulta determinante per la sostenibilità degli interventi di assistenza igienico sanitaria, ciononostante sono ancora pochi i progetti che valorizzano questo ruolo della donna.
<b>Sostenibilità ambientale <sup>2</sup></b>	La sostenibilità ambientale è stata sviluppata in un progetto specifico per il trattamento dei residui ospedalieri; di fatto la questione ecologica e di rispetto dell'ambiente non viene considerata una priorità per i Paesi in via di sviluppo.  Nelle iniziative di sviluppo rurale ed igiene si riscontrano aspetti legati alla sostenibilità ambientale dei progetti. La costruzione di sistemi fognari e di processi di potabilizzazione dell'acqua devono considerare la fattibilità ambientale.
<b>Prospettiva etnico/culturale <sup>3</sup></b>	Le minoranze etniche specie nelle zone dell'America Centrale presentano tassi di analfabetismo femminile elevatissimi e tassi altrettanto elevati di mortalità materno/infantile.  I progetti indirizzati a queste categorie per essere sostenibili ed innescare un processo, volto a migliorare le condizioni di salute ed igiene, non può strutturarsi attraverso la creazione di centri di salute o ospedali. I progetti che si sono dimostrati sostenibili si sono concentrati sulla formazione e sull'educazione all'igiene di promotori locali di salute. Queste fasce di popolazione infatti vivono in luoghi difficilmente accessibili e si rivolgono a strumenti di guarigione alternativi, sono estranei al sistema di assistenza sanitaria di base ed ospedaliera.

<sup>1</sup> La considerazione degli aspetti di genere e di tutela della donna sono stati definiti attraverso i regolamenti (CE) n. 1484/97, n. 2836/98, ed attraverso la dichiarazione della Commissione al Parlamento ed al Consiglio del 18 settembre 1995.

<sup>2</sup> Il regolamento 443/92 della Commissione che disciplina gli aiuti di cooperazione finanziaria e tecnica nonché le attività di cooperazione economica sottolinea l'importanza degli aspetti di sostenibilità ambientale degli interventi.

<sup>3</sup> Il regolamento 443/92 della Commissione stabilisce che: «... los grupos etnicos minoritarios merecen un interes particular que se plasmará en acciones dirigidas a mejorar sus condiciones de vida respetando la identidad de sus culturas ...».



## 7. Le raccomandazioni per il futuro

I risultati che emergono dal progetto EvaLa che rappresenta a livello internazionale una delle più importanti esperienze di valutazione *ex post* dei progetti di cooperazione tecnica ed assistenza nel settore sanitario e sociosanitario assumono rilevanza a due distinti livelli.

In primo luogo forniscono indicazioni significative per le diverse Agenzie di cooperazione che a livello multilaterale e bilaterale operano nel settore sanitario, dalla stessa OMS, all'Unicef, alla Banca Mondiale fino alle agenzie di cooperazione nazionale; non a caso i risultati di EvaLa sono stati discussi dalla Agenzia spagnola di cooperazione e dalla stessa Direzione generale per la cooperazione e lo sviluppo del Ministero degli affari esteri.

Ma soprattutto i risultati della valutazione sono serviti al committente Unione europea per la individuazione di linee di intervento per il futuro, finalizzate a valorizzare l'esperienza, le idee, i progetti e la capacità operativa finora accumulate in coerenza con l'inserimento di logiche di *knowledge management* nella cooperazione internazionale e nella assistenza tecnica.

*Knowledge management e riprogettazione dei processi collegati al ciclo del progetto* nella cooperazione sanitaria costituiscono le idee guida che dovrebbero in futuro caratterizzare in modo deciso l'intervento di cooperazione tecnica, della Unione europea; i due principi guida dovrebbero consentire alla Ue di caratterizzarsi in modo preciso nel panorama delle agenzie donatrici a livello internazionale, che intervengono nel settore sanitario ed assumere così un ruolo trainante all'interno del *Development Assistance Committee* dell'OCDE. ([www.oecd.org/dac](http://www.oecd.org/dac)) rispondendo alle

esigenze di valore aggiunto e visibilità.

EvaLa apre due sfide importanti nelle logiche consolidate di cooperazione tecnica internazionale; da un lato, in stretta coerenza con quanto sta avvenendo nelle imprese private e nei sistemi di amministrazione pubblica a livello internazionale (si veda [www.oecd.org/puma](http://www.oecd.org/puma)), afferma la centralità del *knowledge management* visto come modalità strategica di valorizzazione del capitale intellettuale e come individuazione delle più opportune modalità organizzative e gestionali per attivare strategie di miglioramento e sviluppo degli interventi di cooperazione.

EvaLa ed i suoi 863 progetti rappresentano una testimonianza unica del capitale intellettuale presente e tra gli operatori ed i *professionals* della cooperazione e soprattutto tra gli operatori pubblici e sanitari e la società civile dei paesi destinatari degli interventi.

Una seconda importante finestra, aperta dalla valutazione *ex post* di EvaLa, riguarda la necessità di cominciare a ripensare gli strumenti classici del ciclo del progetto e del *logical framework*, che da circa due decenni tengono banco nelle aule accademiche e soprattutto nelle agenzie di cooperazione internazionale, cercando di introdurre logiche di *process re engineering* (Hammer Champy, 1990; Lawrence Jones, 1994 per il settore pubblico - modello delle 5R) finalizzate ad analizzare e ripensare i processi di gestione degli interventi di cooperazione, nella prospettiva di «costare meno e funzionare meglio».

In stretta coerenza con le priorità del KM e della reingenerizzazione dei processi sono state individuate cinque linee di azione che sono state proposte come componenti chiave della futura strategia di intervento della Unione europea in America Latina; le linee di azione sono state sottoposte ad una ve-

rifica interna da parte dei committenti comunitari e sono state riprese in un documento di sintesi elaborato dalla Ue.

In questo documento la Ue individua come aree prioritarie la necessità di conseguire una maggiore coerenza e pertinenza negli interventi di cooperazione attivati, un deciso miglioramento nella gestione dei progetti, il rafforzamento dell'impatto dei progetti e la loro replicabilità e soprattutto, in un contesto di quasi mercato degli interventi di cooperazione tecnica, l'affermazione della presenza degli interventi comunitari ed una sempre maggiore visibilità.

Le linee di azione proposte partono da un primo generale esercizio di *benchmarking* effettuato dal gruppo di progetto del CeRGAS sulle tendenze in atto presso i principali donatori in America Latina, dalle Agenzie delle Nazioni Unite alla Banca Interamericana di Sviluppo alle Agenzie di cooperazione tecnica europee, canadese e statunitense, visto come *benchmarking* sui processi in atto e non come semplice confronto su indicatori finanziari e di impatto dei progetti di intervento.

Inoltre si è anche guardato ad esperienze, maturate in altri settori di intervento della Commissione delle Comunità europee ed in particolare nei fondi strutturali (primo e secondo ciclo di programmazione) (Meneguzzo, Di Falco, 2001) che hanno attribuito particolare rilevanza a strategie di intervento che vedono una stretta integrazione tra diverse azioni, rappresentate in sequenza dalla creazione e dal consolidamento di un *savoir faire* comune, dal confronto ed aggiustamento reciproco tra finanziatori e beneficiari/destinatari, diffusione e dalla disseminazione delle competenze accumulate (programmazione e valutazione delle azioni di riequilibrio strutturale nelle regioni europee).

Infine si è tenuto conto della crescente attenzione a livello di *network* internazionali ([www.ocde.org/puma](http://www.ocde.org/puma)) e nella stessa America Latina (CLAD si veda [www.clad.org.ve](http://www.clad.org.ve)) sulla modernizzazione amministrativa e gestionale nel settore pubblico e allo sviluppo di *institutional building* alla logica delle *best practices*.

Questa attenzione che trova un importante conferma nella stessa esperienza dei premi alla innovazione e della valorizzazione delle *best practices* in alcuni paesi della America Latina (Cile e Brasile) (17) (per una analisi e confronto dei premi alla innovazione a livello internazionale si veda Meneguzzo, Lega, 1999)

Nel box 10 si riporta l'elenco dei progetti premiati in campo sanitario e sociosanitario rispettivamente nel contesto brasiliano (premio promosso congiuntamente dalla Ford Foundation e dalla Fondazione Getulio Vargas — gestione pubblica e cittadinanza — e sempre dalla Ford Foundation con il governo del Cile).

Una prima linea di azione sintetizzabile come «guardare agli altri» prevede la analisi sistematica di esperienze maturate o da altri donatori internazionali ed europei o dagli stessi paesi latino americani destinatari e beneficiari degli interventi nelle sei fasi che compongono il ciclo del progetto, dalla programmazione a ideazione degli interventi, alla identificazione, alla formulazione, al finanziamento, alla esecuzione ed attuazione ed alla valutazione.

Particolare rilevanza assumono in questa interiorizzazione di *enchmarking strategico ed operativo* da parte della Direzione sviluppo e della Direzione relazioni esterne della Cee, le fasi di attuazione che dovranno vedere potenziate e le capacità di *project management* relative ai singoli progetti e il *project management* interistituzionale (altre agenzie interna-

zionali, società civile, organizzazioni non governative, governi centrali e locali, imprese ed istituzioni finanziarie) (Ripa di Meana, Meneguzzo, 1994).

Una seconda linea di azione (esperienze innovative e *best practices*) è rappresentata dalla individuazione attraverso un confronto tra le tecnostutture amministrative «centrali» della Commissione e le unità decentrate operanti nei diversi paesi della America latina di *best practices* sulla progettazione, gestione e valutazione di progetti nel settore sanitario, finanziate da fondi europei.

La valutazione *ex post* andrà quindi integrata con le esperienze di premi alla innovazione sopra ricordate unendo analisi orizzontali di dati con analisi

mirate; in linea con le tendenze in atto occorrerà affiancare alla identificazione della innovazione anche la diffusione delle esperienze innovative.

Queste *best practices* dovrebbero costituire insieme alle esperienze tratte attraverso la messa in atto della linea di azione guardare agli altri la *base di conoscenza* a supporto della messa in atto di logiche di *knowledge management* per le diverse agenzie attuative, dalle Organizzazioni non governative a quelle nazionali e locali (i coordinatori locali), a cui viene affidata la Cooperazione finanziaria e tecnica.

Terza linea di azione (Programmi paese e sinergie di azione) è rappresentata dalla adozione della logica dei

**Box 10 - Elenco dei programmi e progetti sanitari premiati come «progetti innovatori» Brasile e Cile**

<b>Brasile</b>	
1999	— Fique vivo - cidadania e prevenção de aids com jovens na febem (São paulo/sp) — Projeto rede autônoma de saúde indígena - rasi (Manaus/am)
1998	— Projeto de saúde mental (Belo horizonte/mg) — Projeto parteiras tradicionais do amapá (Macapá/ap) — Programa autogestão da limpeza pública (Timóteo/mg) — Trienal de medicina tradicional do povo baniwa e kuripako (São gabriel/am)
1997	— Programa de agentes comunitários de saúde (Alcantil/pb) — Programa médico de família (Niterói/rj) — Centro de referência de atendimento ao idoso - crai (Vitória/es)
1996	— Aúde global (joaima/mg) — Programa médico de família (Londrina/pr)
<b>Cile</b>	
1999	— Transformacion de cenabast en intermediador de productos para prestar accion de salud central de abastecimiento del s.n.s.s. — Salumovil una salud diferente, municipalidad de tilcoco — Instituto de salud escolar municipalidad san pedro de la paz — Plan de desarrollo y modernizacion a.p.s. qta. buscando la calidad y modernizacion a.p.s. qta. — Servicio atencion al paciente hospital san martin de quillota — Red de atencion de salud eficaz oportuna e integral servicio de salud metropolitano oriente

Programmi paese e dei quadri finanziari pluriennali; la valutazione dei progetti sanitari ha infatti evidenziato una notevole frammentazione degli interventi, in particolare per quanto riguarda i progetti delle Organizzazioni non governative, amplificata dalla messa in atto di altri progetti nel settore sanitario, sempre finanziati su diverse linee di fondi messi a disposizione dalla Commissione europea (18).

Frammentazione e dispersione dei progetti di intervento, oltre a generare costi di coordinamento, controllo e monitoraggio, rende difficile il conseguimento di sinergie e la realizzazione di economie di scala e di economie di conoscenza.

L'adozione di Programmi paese (19), oltre a fornire una visione organica degli interventi potrebbe semplificare la gestione del ciclo del progetto a livello di Commissione (organismi decisionali come Comitato ALA e tecno struttura operativa delle Direzioni).

Quarta linea di azione (*re-engineering* del ciclo di progetto) è direttamente rivolta alla gestione del ciclo del progetto, a livello di Commissione europea, dalla fase di ideazione a quella di valutazione ed ha come obiettivo la revisione sistematica delle diverse fasi, la individuazione di responsabilità (attraverso un accorpamento), la semplificazione e l'eliminazione di alcuni passaggi intermedi e la revisione delle procedure esistenti, con l'obiettivo di riduzione dei tempi e dei costi amministrativi-procedurali dell'intero processo.

La re ingegnerizzazione dovrà essere indirizzata in primo luogo alle procedure di affidamento di consulenza per identificazione ed assistenza tecnica e sistemi di programmazione e controllo adottati (piani operativi previsionali e globali, piani operativi annuali, *reporting*).

Come anticipato la quinta azione (*marketing* e comunicazione) ha come obiettivo principale il rafforzamento della visibilità delle politiche di intervento e del valore aggiunto della cooperazione sanitaria e si fonda in primo luogo su politiche di comunicazione esterna (rivolte ad altre agenzie donatrici internazionali e dei paesi membri) e interna, alla rete delle diverse agenzie attuative e dei governi locali e nazionali che può essere considerata come l'organizzazione allargata della Commissione.

Componenti fondamentali di questa azione sono la messa a disposizione del *data base* di esperienze e conoscenze attraverso reti di scambio, interventi mirati di consulenza e assistenza tecnica, iniziative di formazione e aggiornamento, realizzazione di comunità virtuali sul *web* formate ad esempio tra coordinatori ed operatori direttamente coinvolti, nelle diverse realtà latino americane, sulla gestione e valutazione dei progetti.

(1) Gli autori desiderano ringraziare i componenti dell'*équipe* della Escuela Andalus de Salud publica, che hanno fornito spunti ed indicazioni di estremo interesse a fini di svolgimento del progetto di ricerca e di predisposizione dell'articolo ed in particolare il dr. Manuel Rodriguez coordinatore del *team* di EASP. I ringraziamenti vanno anche estesi ai funzionari della Direzione generale I della Cee che ha commissionato l'incarico di ricerca.

Gli autori intendono ricordare che nell'articolo vengono ripresi i risultati di un progetto di ricerca intervento affidato ad un consorzio di tre centri di ricerca che ha visto il CeRGAS (Centro di ricerca sulla gestione della assistenza sanitaria) della Università Bocconi svolgere un ruolo rilevante nelle fasi di analisi di finanziaria, di ricerca sul campo e di predisposizione del rapporto finale. Il progetto CeRGAS iniziato a novembre 1999 si è concluso a luglio 2000, è stato coordinato da Marco Meneguzzo ed ha visto coinvolti gli autori dell'articolo.

(2) Queste ultime due tipologie sono state considerate parte della cooperazione sanitaria in quanto la costruzione di sistemi fognari e la potabilizzazione dell'acqua sono collegati a

malattie di tipo intestinale ancora oggi principali cause di morte in ambito rurale.

(3) Si veda la dichiarazione congiunta, sintetizzata nel box 4, della conferenza dei ministri dei paesi Ue, Centro America e Colombia, Messico e Venezuela di Firenze 1996.

(4) ALA è la sigla di «Asia & Latin America», con cui la Commissione europea gestisce i progetti di cooperazione con l'Asia e l'America Latina finanziati prevalentemente attraverso la Cooperazione finanziaria e tecnica.

(5) Tra i progetti del *data base* EvaLa sono stati esclusi dalla definizione del campione tutti i progetti di lotta alla tossicodipendenza, in quanto oggetto di un'altra valutazione, nonché i progetti legati al settore alimentare perché volti principalmente a garantire l'accesso ai beni alimentari e non collegati a patologie o caratteristiche del settore sanitario.

(6) Il metodo Delphi consiste nell'intervistare gli attori chiave su temi individuati da un gruppo d'esperti. Si tratta di una tecnica di «retroalimentazione» o d'interazione controllata.

(7) Commission of the European Communities, Evaluation Unit: Manual «Project Cycle Management integrated approach and Logical Framework», February 1993.

(8) Riferimento al paragrafo 2.

(9) È da segnalare che la pertinenza è una percezione dei singoli, dipendente dal grado di conoscenza degli stessi, ed è influenzata da avvenimenti esterni e da cambiamenti di tipo politico. I paesi nei quali l'Ue è intervenuta, sono stati oggetto di molti cambi di governo: tale fattore sicuramente influenza le valutazioni di pertinenza raccolte durante lo studio. Il fattore tempo è un altro elemento che influisce e modifica il giudizio di pertinenza. Se l'intervento non è stato prontamente iniziato (il tempo trascorso fra l'identificazione e la realizzazione non è eccessivamente lungo), gli studi di fattibilità condotti per garantire la coerenza dell'azione con la realtà del paese non sono più significativi e la pertinenza del progetto può diminuire. Inoltre un'iniziativa, anche se realizzata prontamente, può nel corso della sua esecuzione perdere pertinenza a causa di cambiamenti di contesto che modificano le necessità del territorio. Queste ultime considerazioni circa la pertinenza richiamano la necessità d'aver progettato flessibili ed attenti ai fattori di contesto.

(10) Il valore aggregato è rappresentato dalla relazione tra aspetti positivi/vantaggi che caratterizzano la cooperazione europea e quelli della cooperazione individuale degli Stati Membri.

(11) Armonizzazione esistente tra le priorità espresse dai pesi destinatari e dall'Ue.

(12) Solo negli ultimi anni, grazie all'appoggio dell'Organizzazione Panamericana della Salute (OPS), i Paesi hanno iniziato ad introdurre questi strumenti.

(13) Capacità di un progetto di raggiungere i risultati sperati.

(14) La valutazione d'impatto deve essere progettata in fase di programmazione, definendo gli indicatori da utilizzare, e condotta su progetti che sono terminati almeno da 5/10 anni.

(15) Esiste un unico progetto tra quelli analizzati nel quale la percentuale di contributo dell'Ue (39%) è inferiore al contributo dei governi locali (61%), il «Proyecto Regional de Salud Materno-Infantil», che ha discrete probabilità di perdurare anche una volta cessato il contributo Ue.

(16) La Comunicazione della Commissione al Consiglio ed al Parlamento europeo del 23 ottobre 1995 sancisce la volontà dell'Ue di dedicare un'attenzione particolare all'appoggio istituzionale ed alla modernizzazione dell'amministrazione pubblica.

(17) Si ricordano i premi alla innovazione nel settore pubblico promossi in Brasile dalla Ford Foundation di intesa con centri di ricerca università e quelli promossi in Cile dal Governo che hanno visto premiati numerosi progetti di intervento in campo sanitario.

(18) Si ricordano i progetti di ricerca nel settore sanitario in America Latina sempre finanziati dalla Commissione europea nel periodo temporale di riferimento considerato da EvaLa e finanziati dal 4 programma quadro (aree tematiche: organizzazione dei servizi sanitari, politiche e servizi sanitari).

(19) Di particolare interesse sui Programmi paese è l'esperienza delle Agenzie delle Nazioni Unite (UN development Group); in campo sanitario vanno segnalati programmi e progetti concepiti e realizzati dall'Unicef.

#### BIBLIOGRAFIA

- AMARTYA SEN (1995), *Mortality as an indicator of Economic Success and Failure*,
- INNOCENTI LECTURES, UNICEF International Child Development Centre, Florence.
- ARANJO DO CARMO, GUIMARAES M. (1992), «Le problematiche manageriali nel sistema sanitario in Brasile», *Mecosan*, 1: pagg. 99-102.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES - EVALUATION UNIT (February 1993), *Project Cycle Management: Integrated Approach and logical Framework*, Manual, Brussels.
- DRUMMOND MICHEAL F., STODDART GREG L., TORRANCE GEORGE W. (1998), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, London.
- EASP-EVALA (2000), *Evaluacion de la cooperacion de la Union Europea con Latinoamerica en materia de Salud*, sintesi de los resultados de la evaluacion.
- EASP-EVALA (2000), *Evaluacion de la cooperacion de la Union Europea con Latinoamerica en materia de Salud*, estudio documental.
- EASP-EVALA (2000), *Evaluacion de la cooperacion de la Union Europea con Latinoamerica en materia de Salud*, estudio en terreno, protocollo operativo.
- FORACCHIA S. (LAUREANDA), MENEGUZZO M. (RELATORE) (2000), *Tesi di laurea «Il ciclo del progetto nella cooperazione internazionale: il caso UNICEF»*, A.A. 1998-1999, sessione di aprile, Università commerciale L. Bocconi, Milano.
- INSTITUTO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO SOCIAL INDES (2000-2001), *Premio Nacional INDES BID a la calidad e innovacion en la gerencia social*, Republica Dominicana.
- MENDES E. VILACA (1995), «La crisi del sistema sanitario e le possibili vie d'uscita viste da un osservatorio privilegiato: il Brasile», *Mecosan*, 4: pagg. 100-106.
- MENEGUZZO M., RIPA DI MEANA M. (1993), «Cooperazione internazionale per lo sviluppo: Project Management interistituzionale e sfida manageriale», *Mecosan*, 2: pagg. 136-145.
- MENEGUZZO M., LEGA F. (1999), «Dal *New public management* al rinnovamenti della pubblica amministrazione: una analisi comparata del ruolo dei premi alla innovazione», *Azienda Pubblica*, 4.
- MENEGUZZO M., DI FALCO G. (2001) *La valutazione dei fondi strutturali*, Quaderni Egea, Milano.
- OECD-DAC (1991), *Principles for Evaluation of Development Assistance*, OECD, Paris.
- OECD-DAC (1998), *Review of the DAC Principles for evaluation of Development Assistance*, OECD, Paris.
- RONDO BROVETTO P. (1993), «La salute nel mondo secondo la Banca Mondiale», *Mecosan*, 2: pagg. 126-135.
- SPINK P., CLEMENTE R. (1997), *20 experiencias de geastao e cidadania*, Fundacao Getulio Vargas Editora.
- TIMOTHY JOHNSTON, SUSAN STOUT (1999), *Investing in Health: Development Effectiveness in Health Nutrition & Population Sector*, The World bank Group, Washington D.C.
- TIMOTHY JOHNSTON, WILLIAM BATTAILE (2001) *Annual Review of development Effectiveness from Strategy to Results*, The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank Group, Washington D.C.
- UNICEF EVALUATION OFFICE (February 1991), *A UNICEF guide for Monitoring and Evaluation: Making a Difference?*, United Nations Children's Fund, N.Y.
- VASSALLO CARLOS (1994), «Il Sistema sanitario argentino: frammentazione delle responsabilità pubbliche e crescita dei fondi assicurativi privati», *Mecosan*, 3: pagg. 123-131.
- ZUCKERMAN E., DE KADT E. (1997), *The public private mix in social services health care and education in Chile, Costa Rica and Venezuela*, Interamerican Development Bank.

# LA MISURAZIONE DELL'IMPEGNO LAVORATIVO DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE USL

Massimo Sargiacomo

Dipartimento Studi Aziendali - Università G. D'Annunzio

SOMMARIO: 1. Obiettivi del lavoro - 2. Il metodo della ricerca - 3. La struttura del diario - 4. I risultati empirici raccolti tramite diario - 5. Le percezioni ottenute dai questionari - 6. Comparazione dei risultati e sviluppi futuri della ricerca.

*This research has attempted to study the behaviour of the Chief Executive Officers, in charge of Local Health Unit Businesses, in their daily work. The purpose of this study has been neither to develop any normative rules as to how executives should behave, nor to describe their «typical» behaviour. But by studying a series of individual cases we have hoped to find certain common behaviour patterns and some general relationships which characterize these patterns. Using a diary as principal research tool together with a questionnaire, this paper shows both the methodological approach and the empirical results got from twenty managers' data.*

## 1. Obiettivi del lavoro

Uno dei paradigmi fondanti della *Corporate Governance* asserisce che tanto più competitivo e trasparente è il mercato del lavoro per i *manager*, tanto maggiore è l'incentivo che essi hanno a prestare un forte impegno nello svolgere la loro attività (1).

Invero, lo scenario nel quale vengono prescelti i *manager* delle aziende UsL italiane risulta ben diverso da ciò che, *sine ullo dubio*, può essere qualificato come un «mercato competitivo e trasparente», essendo sia il meccanismo di elezione che quello di valutazione fortemente condizionato da componenti politiche (2) poiché, di fatto, il rapporto tra organo politico e direzione aziendale è modellato in termini fiduciari.

Alla luce delle sopraindicate considerazioni, nonché del fatto che i direttori generali operano in un contesto in cui sussistono tutte le pre-condizioni necessarie atte a codeterminare una possibile limitazione del proprio impegno lavorativo, questo studio si po-

ne l'obiettivo di misurare lo sforzo di un campione di super *manager*, disvelando sia la quantità netta di ore settimanali lavorate, nonché l'allocatione del proprio tempo lavorativo in base alle attività svolte, allo scopo perseguito, al luogo nel quale vengono effettuate ed alla tipologia nonché al numero di persone colle quali esse vengono svolte.

Le informazioni ottenute saranno anche analizzate in ottica comparativa con altri studi internazionali condotti su *manager* di livello medio-alto per cogliere uniformità nei diversi modelli di comportamento, onde poter valutare anche, nel caso di parità di sforzo lavorativo profuso, l'equità del compenso manageriale percepito.

Il quesito precipuo cui cercheremo di rispondere in questo studio è, dunque, il seguente: «Qual è l'impegno lavorativo profuso dai direttori generali delle aziende UsL italiane?».

Tale interrogativo chiaramente non rientra tra quelli solitamente fronteggiabili nell'ambito della valutazione del personale (3), ed esulano dal no-

stro studio anche altri compiti meritevoli, sfidanti e perigliosi, quali quello di monitorare come il direttore generale verifichi, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa (4), la valutazione e la distribuzione di un premio retributivo (5) o, addirittura, la misurazione di componenti di *bad practice* dello sforzo manageriale, quali l'intraprendere alcuni progetti di investimento in base al raggiungimento di scopi personali, o l'esternalizzazione delle diseconomie in base a preferenze personali e non ad accorci calcoli sui costi-benefici, ecc.

Onde poter misurare proficuamente la *performance* lavorativa dei direttori generali si appalesa necessario, prima facie, tratteggiare un rapido affresco

---

Relazione presentata al Convegno AIDEA-Giovani «L'evoluzione degli aspetti di Corporate Governance», Bologna, 9 novembre 2001.

delle principali correnti di pensiero dell'ultimo secolo.

Posto che il *management* delle aziende pubbliche in generale ha costituito diffuso oggetto di studio da parte di illustri studiosi stranieri siamo certi, in partenza, che difficilmente potremmo dire «qualcosa» di più dal punto di vista teorico mentre, in ambito italiano, le brillanti sistematizzazioni (6) operate da chiari autori renderebbero estremamente difficile qualsiasi tentativo di miglioramento.

Perciò la nostra attenzione sarà precipuamente rivolta a disvelare cosa effettivamente fanno i *manager* delle aziende Usl italiane, sperando così di apportare un piccolo contributo empirico ad un tema ampiamente indagato dal punto di vista teorico.

Per esigenze di completezza e di chiarezza preme comunque in apertura soffermarci brevemente sulla visione dei maggiori esponenti internazionali al riguardo delle funzioni manageriali, correndo anche il rischio di effettuare «balzi acrobatici» per economizzare sul lavoro.

La statuizione di principi di management di validità universale può essere fatta datare fin dagli inizi del secolo scorso (7), per il tramite dell'opera più conosciuta di Frederick Winslow Taylor, il padre del *management* scientifico, secondo il quale «It is no single element, but rather this whole combination, that constitutes scientific management, which may be summarized as:

Science, not rule of thumb.

Harmony, not discord.

Cooperation, not individualism.

Maximum output, in place of restricted output.

The development of each man to his greatest efficiency and prosperity» (8).

Henry Fayol (9) successivamente ha dichiarato che «to manage is to forecast and plan, to organize, to

command, to co-ordinate and to control».

Le sue idee principali, nonché quelle di Willoughby (10), furono rivisitate e modificate da autori successivi come Luther Gulick che coniò POSDCORB, un acronimo delle funzioni manageriali che sta per (11) «Planning, Organizing, Staffing, Directing, Co-ordinating, Reporting, Budgeting».

Come Mintzberg ha più tardi osservato, tale dicitura ha permeato gli scritti di teorici molto popolari come Peter Drucker (12), nonché quelli di *leaders* industriali come Ralph Cordiner (13).

Qualunque sia la tipologia di organizzazione (14) speculata, e la precipua relazione tra la sua struttura e la sua guida manageriale (15), Chester I. Barnard ha attestato che le funzioni principali del *manager* sono «first, to provide the system of communication; second, to promote the securing of essential efforts; and, third, to formulate and define purpose» (16).

In questo ambito si inserisce sia direttamente che *lato sensu* Herbert Simon, proponendo *in primis* principi relativi alla misurazione della *performance* (17), poi criticando successivamente Gulick ed i sostenitori della sua corrente di pensiero (18) ed in ultimo proponendo la nota tripartolarizzazione del comportamento decisionale (19).

Newman (20) ha poi introdotto «assembling resources», Terry (21) «leading human efforts». Horne e Lupton coniarono FOUR (22), un acronimo (23) che cercava di rappresentare il contenuto del lavoro manageriale esplicitato come «Formulating, Organizing, Unifying and Regulating» mentre Orville Poland ha richiesto l'inserimento della «E» di Evaluation (24), focalizzando l'attenzione degli studiosi sul momento della valutazione. Più recente-

mente Richman e Farmer (25) hanno affermato che «a useful division of managerial function is: planning and innovation, controlling, organizing, staffing and direction, communication, leadership and satisfaction», mentre Panati (26) ha aggiunto ciò che forse era sottinteso, ma di fatto mancava, ovvero «aggregare il consenso».

Al proposito delle funzioni manageriali, interessante si appalesa anche proporre cosa suggerisce il dizionario. Vediamo, ad esempio, per tutti, la definizione riportata nel celeberrimo Random House (27) che alla parola *manager, verbatim* riporta «a person charged with the control or direction of an institution, business or the like», ed al contempo ammonisce che «to manage», significa «to take charge or care of».

In questo contesto giova anche richiamare i «Principles of the Universality of Managerial Functions», i quali con estrema chiarezza attestano che «Managers perform the same function regardless of their place in the organization structure or the type of enterprise in which they are engaged. Acting in their managerial capacity, presidents, department heads, foremen, supervisors, college deans, bishops and heads of government agencies all do the same thing» (28).

Il pensiero di Henry Mintzberg (29) al proposito è veramente illuminante, oltre che autorevole: egli descrisse i *manager* come «those people formally in charge of organizations or their sub-units. This... includes people with titles such as president, prime minister, foreman, dean, department head and archbishop».

Nella letteratura italiana, al fine del miglior inquadramento del *management* nel sistema azienda, non possiamo omettere di puntualizzare quanto osservato dal Bertini, secondo

cui «Il *management* è dunque l'intelligenza direttiva, il cervello della combinazione aziendale. Esso va perciò considerato, al pari dei materiali, degli impianti, del lavoro umano e del denaro, come requisito del sistema azienda» (30).

Edificato tale scenario, se vi è la certezza che il direttore generale di una Usl sia un «manager», allo stato attuale in Italia si registra una totale assenza di studi empirici sul lavoro manageriale (31) di questi super responsabili posti a capo delle complesse strutture (32) sanitarie italiane, e questa constatazione, alla luce del dibattito acceso nella *Corporate Governance* sia sulla misurazione della *performance* che sull'impegno lavorativo profuso dai *manager*, ha costituito per noi il giusto abbrivio per condurre uno studio su di un esteso campione di essi.

Vi sono altre ragioni che rinforzano l'idea di monitorare il comportamento manageriale dei direttori generali delle aziende Usl italiane oltre quelle sopraindicate.

Come Rosemary Stewart ha dichiarato, «we need a better understanding of managerial work for many reasons, most of all for the selection and training of managers» (33), e «we need to understand what it is that managers do before we can decide what managers should know and how they can best acquire this knowledge» (34).

Perciò, attraverso ricerche empiriche condotte su molteplici *manager* sanitari, primattori nella classe più ampia delle risorse umane (35) di questo settore, siamo in grado di raccogliere informazioni dettagliate sul loro lavoro, mirando a descrivere le loro caratteristiche principali, le loro percezioni del proprio lavoro (36) e rappresentare, sine ullo dubio, il loro impegno lavorativo.

Tali informazioni possono assumere importanti implicazioni al fine di rintracciare vie attraverso le quali le Regioni e le aziende sanitarie stesse possono migliorare sia le loro politiche manageriali ed imprenditoriali, che la selezione e l'addestramento dei propri *manager*, nonché lo sviluppo futuro di migliori *leader* (37) sanitari da porre al vertice di queste organizzazioni (38).

Inoltre, indirizzando la nostra attenzione sul lavoro manageriale dei direttori generali soddisfiamo al meglio anche le prescrizioni del modello EFQM, in particolar modo quando esso enfatizza il ruolo della *leadership* all'interno dei microcosmi di *business* sanitario, assunto che essa riveste un'importanza drammatica nel processo di ristrutturazione e di controllo della gestione (39) delle organizzazioni (40) sanitarie che vivono e sopravviveranno in un nuovo contesto competitivo.

Perciò, lo studio dell'impegno lavorativo dei direttori generali delle aziende Usl nell'ambito del dibattito sulla *Corporate Governance* costituisce sia un ulteriore passo nell'identificazione dei caratteri dell'azienda sanitaria pubblica, che una possibile via per codeterminare una buona guida manageriale di queste aziende pubbliche governate da soggetti nominati ogni volta *pro-tempore*, che dovrebbero avere sempre il «dovere» e forse anche la convenienza (41) a perseguire condizioni di equilibrio a valere nel tempo. Al tempo stesso si propone anche quale strumento volto ad ottenere un *management* sanitario più efficace (42), e costituisce altresì un ottimo abbrivio per favorire l'ubertoso germogliare del «genoma aziendale» (43) nel tessuto connettivo di questa tipologia di aziende.

## 2. Il metodo della ricerca

Diverse sono le metodologie di ricerca (44) utilizzate degli studiosi che si sono cimentati nell'indagare il lavoro manageriale, tra le quali dobbiamo almeno almeno segnalare:

- l'osservazione strutturata (45);
- l'osservazione non strutturata (46);
- il diario (47);
- il controllo a campione delle attività (48);
- le interviste ed i questionari (49);
- gli avvenimenti critici e le sequenze di episodi (50);
- le sorgenti secondarie (51).

Prima di sviluppare la nostra ricerca, si è reso necessario circostanziare l'oggetto di indagine (52), nonché descrivere precisamente gli strumenti ed il sistema di misurazione che avremo adottato.

Dando uno sguardo agli studi passati, veramente un piccolo numero di ricerche specifiche è stato documentato sul lavoro manageriale nelle organizzazioni sanitarie.

Tra i più importanti, invero un meritevole di segnalazione è quello condotto tramite osservazione non strutturata da Richard C. Hodgson, Daniel J. Levinson e Abraham Zaleznick, nel quale essi analizzarono l'attività dei tre membri del *top management team* di un ospedale psichiatrico. Essi annotarono tutte le osservazioni che ritennero interessanti non utilizzando, però, un'architettura schematica premeditata. La peculiarità di tale studio è che esso rivolge la sua attenzione sia sul comportamento personale di ogni *manager*, che su quello interpersonale, disvelando così una portata cognitiva veramente elevata originata da questa «costellazione di ruoli dirigenziali» «The pattern of their behavior, their self-dramatizations, comprised their organizational roles. Consistent with our observation of proactivity in

interpersonal situations, personality forces were seen as exerting a crucial influence upon role performance. The emotional and motivational forces of the personality were expressed in the executive's personal role-demands. The executives' roles in the organization tended to become specialized around the performance of certain tasks and the expression of certain emotions. Role specialization was seen to have important roots in the executive's personality and important consequences for his behavior in the organization. Several specialized roles were differentiated from one another in the top executive group, yet maintained a tightly integrated complementarity. They formed what we have called an executive role constellation» (53).

Mintzberg invece, tramite l'osservazione strutturata condotta nel suo celeberrimo studio sulla natura del lavoro manageriale ha focalizzato l'attenzione su 5 *manager* oggetto di monitoraggio per una settimana, uno dei quali era proprio il responsabile di una organizzazione sanitaria, così come evidenziato da uno stralcio di una delle pagine dell'appendice del suo studio originale «Manager C was head of a large important urban hospital, that he had joined as an intern in 1951. He became general director five years before the study at a remarkable young age. He was widely known as a hospital administrator, and had published a number of books and articles on technical medical subjects as well as on hospital administration. His institution was an old one, with a world-wide reputation in medical teaching and research. At the time of the study, its expenses totalled \$ 31 million annually» (54).

Se i suddetti studi condotti, tra l'altro, con due metodi di ricerca differenti, hanno costituito per noi i «main pillars» per il settore d'azienda inve-

stigato, invero non è stato assolutamente facile escogitare una metodologia che potesse soddisfare contemporaneamente tutte le richieste originate dalla nostra ricerca.

Essa, *in primis*, ci avrebbe dovuto consentire direttamente di misurare l'impegno orario lavorativo netto dei direttori generali, nonché di esaminare le caratteristiche del loro lavoro. Doveva anche indicarci come essi allocano realmente il loro prezioso tempo tra le varie attività, così come avrebbe dovuto metterci in grado di rappresentare allo stesso tempo le loro percezioni sulla propria attività lavorativa.

Non volevamo, però, né focalizzare eccessivamente l'attenzione sui rapporti interpersonali dei tre *top-manager* aziendali, e né tantomeno perseguivamo l'intento di descrivere minuziosamente il contenuto del lavoro (ad esempio l'esame completo della corrispondenza in entrata od in uscita) invece della misurazione dell'impegno lavorativo profuso, che più attraeva il nostro interesse.

Tali particolarità ci differenziavano dai due noti studi testè citati, e ci ponevano di fronte ad una terza possibile soluzione, che non escludeva a priori l'utilizzo delle altre due in precedenza impiegate efficacemente, ma che ne sospingeva fortemente l'utilizzo di un'altra.

Così abbiamo optato per il contemporaneo utilizzo sia di un diario dalla struttura pre-architettata, che di un questionario: combinando il loro uso avremmo potuto trovare tutti i dati di cui necessitavamo, evitando al contempo un punto di debolezza generale rintracciato in parecchi studi passati, ovvero quello di concedere eccessiva fiducia ad un solo metodo di ricerca, escludendo così la portata cognitiva degli altri (55). Il diario è stato utilizzato quale principale strumento di ricerca (56) per la raccolta dei dati empirici, in particolar modo per le carat-

teristiche di tempo e di allocazione tra le varie categorie enumerate, mentre il questionario ci ha consentito di tratteggiare un rapido affresco delle percezioni dei direttori generali sul proprio lavoro.

Poiché ci eravamo imposti di condurre uno studio pilota, avevamo bisogno della costruzione di un campione ragionato, stratificato e ponderato per area geografica di appartenenza (nord centro e sud), numero di posti letto (< 120, 120-250, 251-500, 501-1000, > 1000) e numerosità del personale (< 1000, 1000-2000, 2001-3000, 3001-4000, > 4000), combinando in tal modo un parametro geografico, uno esclusivamente sanitario ed uno di chiara derivazione aziendale.

Per questioni di omogeneità i dati sono stati raccolti nella stessa settimana (20 → 26 novembre 2000), ottenendo 20 diari ed altrettanti questionari (57) completi, poi analizzati separatamente in relazione all'arco temporale lunedì → venerdì e sabato → domenica, attraverso un acconcio database che soddisfaceva pienamente i criteri che avevamo utilizzato per codificare le categorie di informazioni di cui necessitavamo.

Il questionario è stato invece costruito su un telaio di 13 domande da riempire, co-graduate su una scala a scelta multipla, che variava tra 1 e 10.

Sono state anche consegnate delle note illustrative e delle esemplificazioni, per consentire al meglio sia di effettuare le registrazioni che di riempire il questionario, nonché i recapiti telefonici e telematici, per soddisfare qualsiasi necessità informativa od esplicativa si appalesasse nel corso della settimana oggetto di monitoraggio.

Nonostante lo sforzo effettuato nella costruzione della metodologia di ricerca, vi è da rimarcare che possono sussistere anche degli svantaggi nell'utilizzo del diario.



Il primo è che la persona oggetto di monitoraggio potrebbe deliberatamente falsificare le registrazioni, o semplicemente scordarsi di annotare qualche attività, ed a ciò si normalmente si ovvia garantendo l'anonimato nell'esposizione dei risultati, la cui rappresentazione non deve essere analitica, ma sintetica per gruppo omogeneo.

Il secondo limite deriva dal fatto che la quantità delle informazioni raccolte può essere veramente ridotta se le categorie di classificazione delle attività non sono ampie, in quanto solo ciò che può essere facilmente pre-codificato senza ambiguità consente un'efficace rappresentazione dei fatti avvenuti. A tale limite si ovvia con una fervida immaginazione, oltre che una profonda conoscenza del microcosmo indagato, che deve rendere possibile una sapiente architettura del diario, garantendo l'efficace rappresentazione della maggior parte degli avvenimenti giornalieri significativi. Perciò particolare attenzione è stata rivolta alla costruzione del principale strumento di ricerca, che tratteremo nel prossimo paragrafo.

### 3. La struttura del diario

Quando si è reso necessario erigere la struttura portante del diario, siamo stati naturalmente impressionati da quello usato da Sune Carlson (58), che rimane il primo esempio della letteratura manageriale, anche se non sviluppato in ambito sanitario, rappresentato nella tavola 1.

Attraverso questo strumento egli fece annotare a 9 direttori generali oggetto di monitoraggio le proprie attività, in accordo almeno a tre variabili fondanti che componevano il proprio lavoro, ovvero il posto di lavoro per ogni attività sviluppata, il numero di persone coinvolte e la natura delle problematiche affrontate.

Sulla base dei dati raccolti, egli sviluppò delle inferenze relative all'impegno di tempo lavorativo speso su ogni attività, alla comunicazione ed al contenuto del lavoro.

La ricerca svedese, che costituisce la pietra miliare degli studi manageriali, ha fornito il miglior abbrivio per il fertile decollo degli studi successivi tramite diario.

Un altro noto autore, Burns (59) ha studiato 4 *manager* di livello medio appartenenti ad una stessa fabbrica, con un periodo di osservazione di 5 settimane. Nel suo secondo studio a breve distanza dal primo egli ha utilizzato un più ampio campione di *manager* (76), esteso, a differenza del primo, a ben otto fabbriche. Quest'ultimo studio diede luogo ad importanti

Tavola 1 - Lo schema del diario di Sune Carlson

Figure 2:2. *Standardized Questionnaire Used by the chief Executives themselves for the recording of Nature of Questions handled and Kind of Action.*

Date: 3/11 49 Telephone: In  Out   
 Time: 10.45-11.05  
 Place (other than own office): \_\_\_\_\_  
 Person: \_\_\_\_\_

Manuf. dir.	<input type="checkbox"/>	Comptr.	<input type="checkbox"/>	Adv. dir.	<input type="checkbox"/>
Works man.A	<input type="checkbox"/>	Account.	<input type="checkbox"/>	Pers. dir.	<input type="checkbox"/>
Works man.B	<input checked="" type="checkbox"/>	Sales dir.Swed.	<input type="checkbox"/>	Assistant	<input type="checkbox"/>
Organ. dir.	<input type="checkbox"/>	Sales dir.exp.	<input type="checkbox"/>	Secr.	<input type="checkbox"/>

A. Question handled		Kind of action	
Finance, legal	<input type="checkbox"/>	Getting information	<input checked="" type="checkbox"/>
Accounting	<input type="checkbox"/>	Systematizing information	<input type="checkbox"/>
Buying	<input type="checkbox"/>	Taking decisions	<input type="checkbox"/>
Production	<input checked="" type="checkbox"/>	Confirming or correcting decisions of others	<input type="checkbox"/>
Product research	<input checked="" type="checkbox"/>	Giving orders	<input type="checkbox"/>
Sales	<input type="checkbox"/>	Advising, explaining	<input type="checkbox"/>
Personnel	<input type="checkbox"/>	Inspecting, reviewing	<input type="checkbox"/>
Public relations	<input type="checkbox"/>	Executing	<input type="checkbox"/>
Organiz. planning	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Private	<input type="checkbox"/>	Personal development	<input type="checkbox"/>

B. Question handled		C. Question handled	
Development	<input checked="" type="checkbox"/>	Policy	<input type="checkbox"/>
Current operations	<input type="checkbox"/>	Application	<input checked="" type="checkbox"/>

conclusioni. La prima è stata che i *manager* utilizzavano gran parte del loro tempo in conversazioni con alcuni individui ben selezionati (60), mentre la seconda ha verificato che i *manager* spendevano molto tempo nella comunicazione laterale ed orizzontale: quest'ultima scoperta negli anni a venire è stata replicata da altri ricercatori.

Copeman in seguito ha considerato specificamente le allocazioni del tempo lavorativo dei dirigenti generali con quelle dei direttori di dipartimento (61) su di un campione totale di 58 unità. Una delle più importanti rivelazioni di questa ricerca fù che i dirigenti generali lavoravano mediamente più ore dei direttori di dipartimento (53 ore contro 43 ore alla settimana): questa informazione è rilevante perché essa implica, forse, che più alto è il livello manageriale, e maggiori sono le ore lavorative sviluppate.

Dublin e Spray, invece, hanno studiato il comportamento di 8 *manager* americani appartenenti a tre organizzazioni nel corso di due settimane, trovando uniformità veramente lievi nell'espletamento delle loro funzioni, tra cui il fatto che i *top-manager* tendevano a sviluppare molti più contatti al di fuori dell'organizzazione, nonché un range di attività più ampio dei *junior manager* delle stesse organizzazioni (62).

Horne e Lupton (63), dal canto loro, tentarono di studiare il contenuto del lavoro manageriale, utilizzando, come detto in premessa, l'acronimo FOUR, rappresentante Formulating, Organizing, Unifying e Regulating. Essi compararono anche ciò che i *manager* pensavano di fare, con quello che effettivamente poi facevano, utilizzando un vasto campione di 66 *manager* appartenenti a 10 organizzazioni.

Facendo seguito ad una serie di investigazioni condotte con l'assistenza

di studenti di *management*, Thomason ha pubblicato due rapporti di ricerca, il primo dei quali si è concentrato sulla struttura comunicativa dei dirigenti generali (64), mentre il secondo si è focalizzato sulla variabilità del lavoro manageriale in relazione alla specialità funzionale (65).

Altri rilevanti studi manageriali furono condotti da Marples (66), da Brewer e Tomlison (67), Lawler Porter e Tennenbaum (68), e da Hinrichs (69).

L'obiettivo precipuo dichiarato da Brewer e Tomlinson fù quello di affrontare gli elementi del comportamento manageriale che sono comuni a tutte le situazioni (70), mentre Hinrichs intraprese uno studio sull'allocazione del tempo lavorativo di *manager* di livello medio-basso operanti in una grande organizzazione di ricerca e sviluppo. Lawler Porter e Tennenbaum studiarono invece le dimensioni psicologiche del comportamento manageriale, tentando di accertare come e perché i *manager* reagivano a differenti episodi comportamentali. Marples si è concentrato, da parte sua, nel tentare di distinguere le origini e le caratteristiche dei problemi che diversi manager affrontavano.

Uno dei migliori studi è stato sviluppato da Rosemary Stewart (71) su di un campione di ben 160 *manager* provenienti da 17 industrie: ella ha investigato l'allocazione del tempo lavorativo, utilizzando l'analisi per *cluster* nel classificare i *manager* sulla base di come essi hanno speso il proprio tempo. I suoi risultati diedero la luce a cinque categorie, etichettate come «the Emissaries, the Writers, the Discussers, the Trouble shooters, the Committeemen», e lo stesso Mintzberg, come più tardi ha affermato, ha sviluppato le sue categorie prendendo anche spunto da alcune di quelle in precedenza segnalate dalla Stewart.

Complessivamente, quindi, gli studi internazionali sviluppati tramite diario di cui abbiamo tenuto necessariamente conto nell'erigere la struttura portante del nostro strumento di ricerca sono tutti quelli sopraindicati, oltre quelli in precedenza richiamati condotti con diverse metodologie di indagine.

Essi, nella loro complessità, sono stati tutti strumentali nell'architettare il giusto approccio metodologico che ci ha guidato nella costruzione del nostro diario.

In accordo al nostro disegno della ricerca, la prima area del diario doveva fornirci una rappresentazione delle tipologie di attività coinvolte, di durata superiore ai cinque minuti, le cui precipue categorie (72) sono state codificate come: «Incontri pianificati» ovvero quelli già in agenda; «Incontri non pianificati»; «Lavoro a tavolino», ovvero tutto il lavoro che ha a che fare con la carta tipo il leggere la corrispondenza in entrata od in uscita o la rassegna stampa, lo scrivere, il correggere bozze di delibere o lettere in partenza, il dettare ecc.; «Ispezioni», ovvero l'opera di controllo di apparecchiature tecnologiche, edifici in costruzione o quant'altro si appalesasse necessario; «Telefono in entrata od in uscita», ovvero l'effettuare od il ricevere telefonate; «Movimento», cioè lo spostamento fisico al di fuori del proprio ufficio, «Pausa caffè/tea», «Pranzo» od eventualmente «altro» da specificare.

Nella seconda area avevamo bisogno di rilevare le attività principali condotte per die, sempre superiore ai cinque minuti di durata, la cui tassonomia prevedeva: «Erogazione del servizio»; «Acquisti»; «Gestione del personale»; «Pubbliche relazioni»; «Marketing»; «Ricerca & sviluppo»; «Finanza»; «Amministrazione generale»; «Personale», tipo i pranzi, le pause e le telefonate non lavorative, od «altro», da specificare.

Vi era inoltre la necessità di rilevare nel diario il luogo fisico dove i direttori generali hanno sviluppato le proprie attività, da scegliere tra «il proprio ufficio», «altre unità della stessa direzione», «altre unità della stessa azienda Usl», «presso altre organizzazioni» o «a casa».

La ricerca richiedeva anche di individuare le diverse categorie professionali di persone con le quali i *manager* si trovavano ad interagire che abbiamo inquadrato come: «Troika», ovvero alcuno degli altri due *top-manager* presenti in azienda, od entrambi; «Segreteria»; «Dirigenti di struttura», sia amministrativi che sanitari; «Altri interni» non ricompresi nelle tre categorie precedenti; «Organo politico», cioè prevalentemente l'Assessore alla sanità e/o funzionari relativi; «Altri esterni» e «da solo».

Al fine di soddisfare pienamente gli obiettivi della nostra ricerca, ulteriori informazioni dovevano anche essere richieste in merito alla durata delle attività svolte, nonché al numero di persone coinvolte nelle stesse.

Poiché le «attività» sono state definite come «avvenimenti» di cinque o più minuti di durata, si appalesava anche necessario includere una sezione per registrare le «interruzioni ed i contatti veloci», dove si potessero annotare quelle attività di durata inferiore ai cinque minuti, a loro volta da suddividere tra quelle avvenute di persona, o quelle generate da scambi telefonici inferiori ai cinque minuti. Entrambe le tipologie di contatti veloci od interruzioni andavano rilevate imputandole ad alcuna fra le varie categorie professionali di persone coinvolte, ovvero quelle che abbiamo già in precedenza raggruppato.

Nelle tavole 2 e 3 vediamo sia la rappresentazione dell'approccio metodologico seguito, sia la pagina *standard* di diario che abbiamo utilizzato nella ricerca.

Per quanto concerne la generica registrazione delle attività, dobbiamo necessariamente aggiungere che è stato richiesto ai direttori generali di utilizzare una nuova pagina per ogni attività sviluppata, mentre le interruzioni ed i contatti veloci dovevano essere, ovviamente, rilevati nelle rispettive tavole già utilizzate per l'annotazione degli avvenimenti stessi, pena l'accrescimento di complicità nella fase di rendicontazione dei risultati.

Inoltre volevamo anche concedere loro la possibilità di fornire ulteriori dettagli in un'apposita sezione del diario, nel caso in cui le attività si fossero mostrate troppo complicate per essere descritte solo per il tramite delle apposite sezioni schematizzate, e così abbiamo lasciato nelle pagine del diario delle sezioni adatte predisposte all'uopo.

Sembra quasi inutile ricordare che è ovvio che non possiamo essere assolutamente certi che siano state registrate coscienziosamente tutte le attività sviluppate nel corso della settimana oggetto di monitoraggio ma, non essendo comunque possibile escludere a priori la sussistenza di qualche *bias*, l'incidenza di falsificazione premeditata dovrebbe essere invero ridotta al minimo.

#### 4. I risultati empirici raccolti tramite diario

Dall'analisi dei diari si evince che la media delle ore totali lavorate dai direttori generali oggetto di monitoraggio è stata di 41 ore e 10 minuti: tale cifra corrisponde alla somma netta del tempo allocato tra tutti gli avvenimenti registrati dal lunedì al venerdì, in un *range* di oscillazione che è variato tra un minimo di 37 ore e 30 minuti ad un massimo di 47 ore e 30 minuti.

Il suddetto ammontare di ore totali lavorate include il tempo speso in tutte le attività svolte per l'azienda Usl ed

anche, ovviamente, il tempo occupato lavorando a casa o presso altre organizzazioni. Il totale netto delle ore esclude invece il tempo speso per pranzi o pause non lavorative, così come non conteggia l'inerzia temporale che naturalmente intercorre tra le varie attività.

Includendo anche il tempo lavorativo speso tra il sabato e la domenica, l'ammontare totale aggregato di tempo lavorativo speso dai direttori generali sale di 5 ore e 40 minuti, pervenendo così ad un totale di 46 ore e 50 minuti settimanali.

Facendo un paragone tra la cifra ottenuta nel nostro studio con quelle registrate in precedenti ricerche internazionali, ma in altri settori d'impresa, si evince che i direttori generali delle aziende Usl italiane lavorano in media più o meno quanto i *top-manager* industriali, come si evince dalla tavola 4.

Per esempio Rosemary Stewart ha studiato il tempo totale speso da un campione di 160 *manager* inglesi di livello medio-alto, ed è risultata una media di 42 ore lavorative nette settimanali (73).

Uno studio simile condotto da Copeman ha dimostrato che i *top-manager* lavorano in media 44 ore nette settimanali, mentre i loro direttori di dipartimento si applicavano solo per una media di 37 ore nette alla settimana (74).

Un altro studio condotto in Gran Bretagna da Burns registrò una media di 41 ore e mezzo nella settimana lavorativa dei 76 *senior manager* esaminati (75), cifra molto vicina a quanto abbiamo registrato nel nostro studio, e tale risultato è facilmente comparabile con la ricerca di Horne e Lupton, nel quale i 66 *middle manager* monitorati per la durata di una settimana generarono una media di 44 ore nette lavorative (76).

La ricerca sviluppata invece in America da Henry Mintzberg, utilizzando il metodo di ricerca osservazionale, denominato in gergo «shadowing», originò una media di 40 ore settimanali su di un campione di cinque *top-manager* (77).

Kurke and Aldrich successivamente replicarono lo studio di Mintzberg, su di un campione di 4 direttori generali, ottenendo una media di 44 ore lavorative nell'unica settimana investigata (78).

I risultati dei nove direttori svedesi studiati da Sune Carlson diedero luogo ad un risultato lievemente superiore a questi ultimi, esponendo una media di 9 ore e 45 minuti giornalieri, ed un intervallo di oscillazione che variava da un minimo di 8 ore e 30 minuti ad un massimo di 11 ore e 30 minuti (79), mentre i 25 direttori olandesi studiati da Lujik (80) generarono una media di oltre 60 ore settimanali.

È importante osservare che molti *manager* lavorano sia di sabato che di domenica, ed il nostro campione ha registrato una media di 5 ore e quaranta minuti netti nei due giorni sommati.

Tavola 2 - Approccio metodologico di questo studio tramite diario

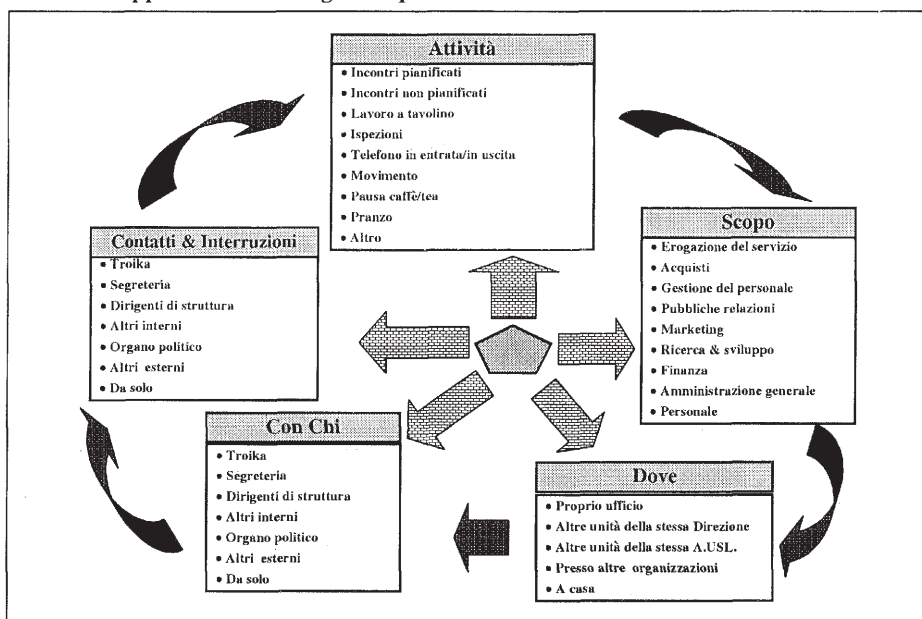


Tavola 3 - La pagina *standard* del nostro diario

Direttore generale Azienda Usl di			
Giorno:			
Ora di inizio dell'attività:			
Scheda n.:			
Attività	Scopo	Dove	Con Chi
Incontri pianificati	Erogazione del servizio	Nel proprio ufficio	Troika
Incontri non pianificati	Acquisti	In altre unità della Direzione	Segreteria
Lavoro a tavolino	Gestione del personale	In altre unità della stessa A.S.P.	Dirigenti di struttura
Ispezioni	Pubbliche relazioni	Presso altre organizzazioni	Altri interni
Telefono in entrata/in uscita	Marketing	A casa	Organo politico
Movimento	Ricerca & sviluppo		Altri esterni
Pausa caffè/tea	Finanza		Da solo
Pranzo	Amministrazione generale		
Altro (specificare).....	Personale		
	Altro (specificare).....		
Durata approssimativa (minuti)	5 10 20 30 40 50 60	Se maggiore, specificare il tempo:	
Attività svolta insieme a (n. di persone):	0 1 2-5 6-20 21-50 > 51		
Interruzioni	Di persona	Telefono	
Troika			
Segreteria			
Dirigenti di struttura			
Altri interni			
Organo politico			
Altri esterni			
Da solo			
Spiegazione dell'attività (se necessaria):			

Se abbiamo dimostrato che i direttori generali esprimono mediamente un impegno lavorativo simile ad altri di *manager* di livello medio alto operanti in diverso settore d'impresa e percipienti in media compensi elevati quali quelli a loro accordati, ne consegue che, sotto quest'ottica, abbiamo rintracciato anche una chiave di lettura che conferma l'equità del compenso a loro assegnato a parità di sforzo profuso in azienda: è ovvio, però, che la sopraindicata è solo una delle possibili chiavi di analisi da utilizzare.

Come descritto nella tavola 5, le percentuali risultanti dall'allocazione del tempo totale lavorativo speso tra le varie attività è risultata: Incontri pianificati 36,72%; Incontri non pianificati 13,30%; Lavoro a tavolino 34,32%; Movimento 9,22%; Telefono *in/out* 3,80%; Ispezioni 0,73%; Pause lavorative 0,11%; Pranzi lavorativi 1,79%.

Decisamente non è sorprendente il fatto che la maggior parte del tempo risulta assorbito sia dagli «incontri pianificati» che dal «lavoro a tavolino» per la natura stessa del lavoro che viene svolto dai direttori generali.

Dal punto di vista della percentuale del tempo totale lavorativo speso in funzione di vari scopi principali, i risultati sono mostrati nella tavola 6: Amministrazione generale 42,61%; Acquisti 0,79%; Erogazione del servizio 10,95%; Finanza 10,55%; Gestione del personale 8,96%; Pubbliche relazioni 12,59%; Ricerca & sviluppo 13,55%.

Come era sostanzialmente prevedibile l'Amministrazione generale occupa una porzione significativa del tempo lavorativo dei direttori generali, mentre sono state registrate due discrete percentuali di tempo allocato sia per le Pubbliche relazioni che per la Ricerca & sviluppo.

La prima conferma il fatto che i *top-manager* sanitari sono individui che amministrano la *res-publica* ad alto li-

Tavola 4 - La performance lavorativa dei Direttori generali rispetto a quella di altri *manager* operanti in altri settori d'impresa

Autore	Anno	N. campione	Livello manager	N. organizzazioni monitorate	Tempo risultante
Carlson	1951	9	Dirigenti generali	9	48 h 45 minuti
Burns	1954	76	Alto	8	41 h 30 minuti
Copeman	1963	58	Dir. g., alto, medio	Non riportato	44 h
Horne e Lupton	1964	66	Medio	10	44 h
Stewart	1967	160	Alto, medio	+ di 17 industrie	42 h
Mintzberg	1968	5	Dir. g.	5	40 h
Nostro	2001	20	Dir. g.	20	41 h 10 minuti

Tavola 5 - Percentuali di allocazione del tempo lavorativo speso dai direttori generali nell'ambito di diverse attività

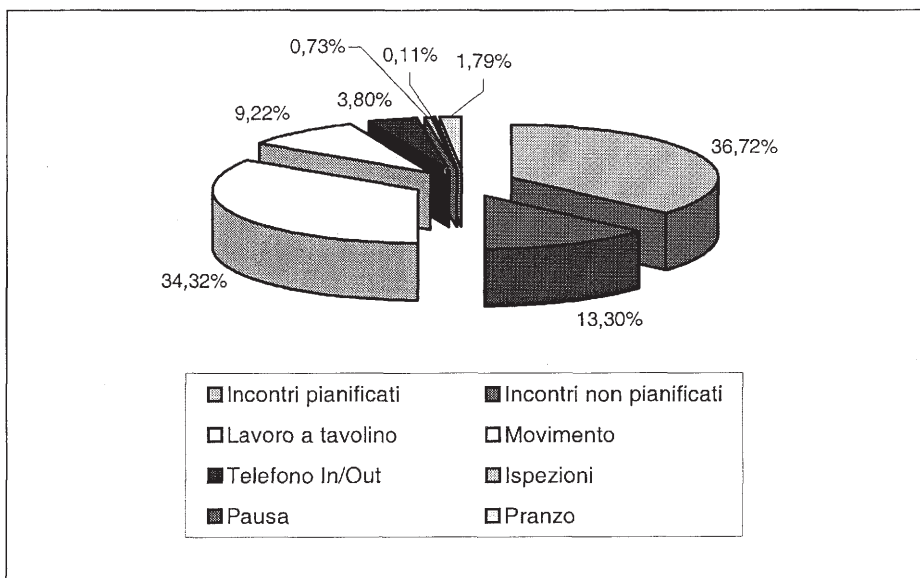
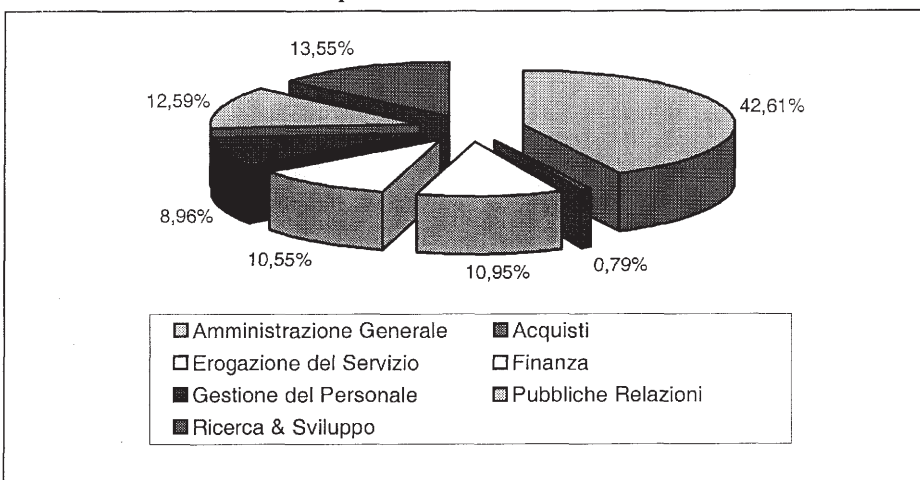


Tavola 6 - Percentuali di allocazione del tempo lavorativo speso dai direttori generali in relazione a differenti scopi



vello, e come tale sono tenuti a presenziare manifestazioni, cerimonie, inaugurazioni oltretutto a tenere docenze su casi di studio od altro sempre e comunque pertinente al *management* sanitario. La seconda potrebbe essere codeterminata da una tendenza in essere e da una coincidenza al contempo.

Dalle note esplicative inserite nelle pagine di diario abbiamo constatato che la maggior parte dei *manager* oggetto di monitoraggio sono sembrati molto attenti alla ricerca ed all'innovazione, sia come convegni frequentati, che come docenze tenute e conferenze o seminari di studio frequentati, e ciò potrebbe corroborare l'ipotesi di una valida tendenza in essere verso una necessaria e maggiore sensibilità ed attenzione alla ricerca.

D'altro canto, però, in tale contesto potrebbe anche inserirsi una coincidenza del periodo oggetto di monitoraggio, precipuamente ascrivibile all'esplosione del fenomeno tristemente noto come della «mucca pazza», che forse ha potuto, per quanto in maniera minimale, incidere sul valore dell'elevata percentuale monitorata la quale, *rebus sic stantibus*, potrebbe lievemente risentire del fattore «stagionalità».

L'indagine empirica ha poi disvelato le percentuali esprimenti l'allocazione del tempo lavorativo speso nelle differenti ubicazioni possibili, i cui risultati sono mostrati nella tavola 7: nel proprio ufficio 57,63%; in altre unità nella stessa direzione 8,72%; in altre unità della stessa Ausl 4,64%; presso altre organizzazioni 22,41%; a casa 6,60%.

Le suddette cifre confermano il fatto che i *top-manager* svolgono la maggior parte del proprio lavoro nel proprio ufficio.

Nella tavola 10 compariamo alcune delle percentuali riscontrate nel nostro

studio rispetto ad altre originate in altri blasonati lavori.

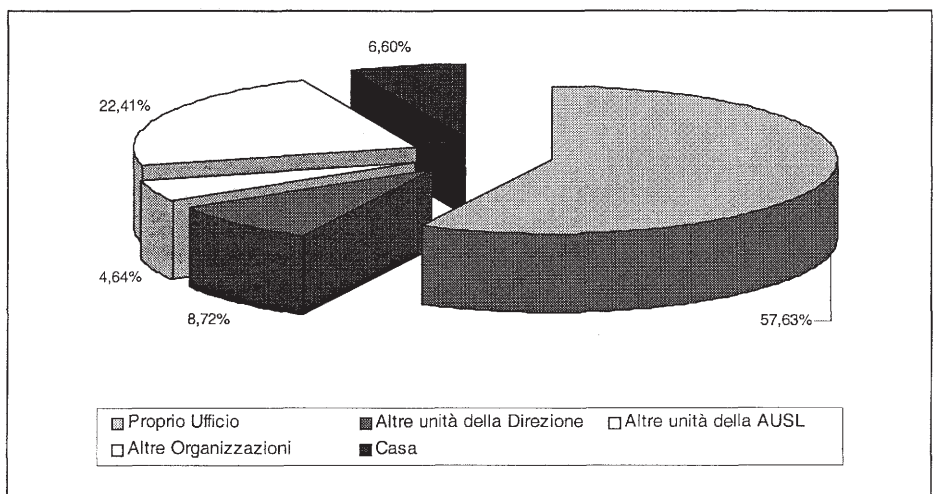
Il 57,63% ottenuto in questa ricerca è molto vicino al valore ottenuto da Rosemary Stewart nello studio sui *manager* di livello medio-alto britannici, pari al 51%, cifra identica a quella registrata da Mintzberg nel suo campione di cinque *top-manager*.

Il lavoro di Horne e Lupton supporta pienamente i valori rilevati con un 52%, confermando il fatto che i *manager* spendono un ammontare considerevole di tempo nel proprio ufficio.

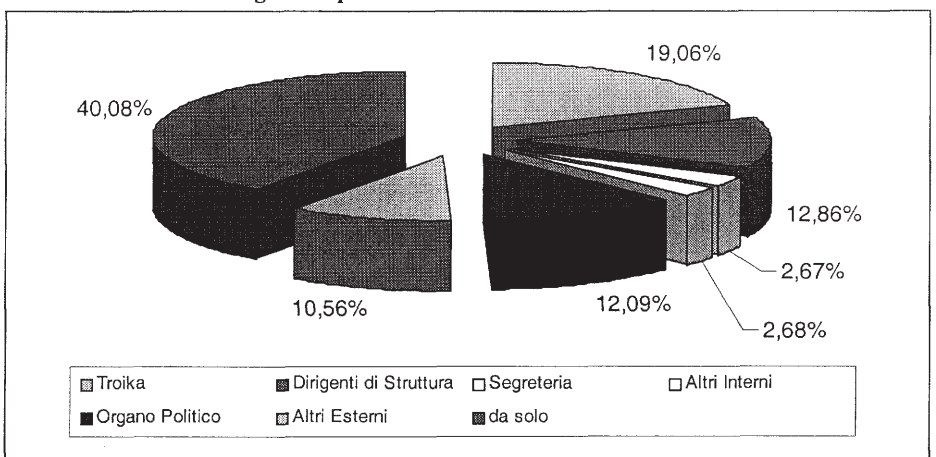
Se sommiamo la percentuale spesa nel proprio ufficio, il 57,63%, con quella registrata in altre unità della stessa direzione, il 8,72%, l'ammontare totale conferma pienamente la regola che vuole che i direttori generali delle aziende sanitarie, agendo come *manager* di altri settori d'impresa, siano degli «homebodies» (81).

I risultati che si evincono nella nostra ricerca (57,63% + 8,72% = 66,35%) sono inferiori a quelli ottenuti dalla Stewart nel proprio campione, pari al 75% e decisamente inferiori al

**Tavola 7 - Percentuale di allocazione del tempo lavorativo speso dai direttori generali in differenti ubicazioni**



**Tavola 8 - Percentuale di allocazione del tempo lavorativo speso dai direttori generali con differenti categorie di persone**



85% registrato nello studio di Horne e Lupton.

D'altro canto, però, per ciò che concerne il tempo lavorativo speso a casa Horne e Lupton hanno registrato un 4%, Rosemary Stewart il 1,5%, mentre nel nostro studio il dato risultante è stato pari al 6,60%.

La ricerca ha poi mostrato i risultati ottenuti dall'allocazione del tempo lavorativo in relazione alle differenti categorie professionali di persone con le quali solitamente un direttore generale interagisce nel corso del proprio lavoro.

I valori ottenuti sono riportati nella tavola 7: Troika 19,06%; Dirigenti di struttura 12,86%; Segreteria 2,67%; Altri interni 2,68%; Organo politico 12,09%; Altri esterni 10,56%; da solo 40,08%.

Essi mostrano che i direttori generali spendono un discreto tempo sia con i Dirigenti di struttura (12,86%) che con i colleghi della Troika (19,06%), mentre, come era prevedibile essi consumano la maggior porzione del proprio tempo lavorativo da soli (40,08%). Non deve indurre in inganno il fatto che il tempo speso con la propria segreteria sia solo il 2,67%, perché la maggior parte dei contatti con loro nel corso della giornata avviene per una durata inferiore ai cinque minuti, e per tale motivo detti accadimenti non sono stati registrati. Comparando i nostri risultati con altri di precedenti ricerche vi è solo da sottolineare che il campione di *manager* industriali britannici oggetto di investigazione dalla Stewart diede origine al 34% del proprio tempo lavorativo svolto da soli.

A corollario di quanto sinora proposto, la tavola 9 mostra la percentuale di allocazione del tempo che i direttori generali spendono insieme a gruppi di persone aventi differente numerosità. I risultati disvelano il 40,08% di tempo da soli, il 25,81% con 1 persona, il

16,36% con gruppi di 2-5 persone, il 17,75% con gruppi di persone di maggiore numerosità. L'82,25% dell'attività dei direttori generali è risultata quindi svolta o da soli, o con un numero di persone limitato, ed una grande parte degli incontri pianificati, di poco superiore al 60% è stato svolto con 1 sola persona.

Ciò conferma in toto quanto evidenziato dallo studio di Mintzberg relativamente al *manager* C del suo campione, quello a capo di un'organizzazione ospedaliera quasi-pubblica, che registrò il 61% di incontri pianificati tête a tête (82).

Dobbiamo necessariamente aggiungere che la distribuzione di interruzioni e contatti veloci nel corso della giornata lavorativa ha mostrato i seguenti valori: il 72,51% di interruzioni telefoniche ed il 27,49% di contatti personali veloci, con una media giornaliera di interruzioni totali pari a 12,55 (83). Sembra quasi inutile rimarcare che tale numerosità di inter-

ruzioni, pur dimostrando un'efficace opera di filtro da parte delle rispettive segreterie, ostacola continuamente la concentrazione dei direttori generali, minandone l'efficacia delle azioni intraprese.

## 5. Le percezioni ottenute dai questionari

I questionari sono stati distribuiti con l'obiettivo primario di accertare le percezioni dei direttori generali su come spendono il proprio tempo lavorativo. Tale strumento di ricerca manifesta la sua proficuità per valutare la loro attitudine nei confronti del proprio lavoro, oltretutto per descrivere il proprio comportamento manageriale.

È anche possibile, quando i questionari sono utilizzati nell'architettura della ricerca contemporaneamente ai diari, rappresentare un rapido affresco della conoscenza che i *top-manager* hanno del proprio lavoro. Agendo in siffatta maniera il metodo della ricerca

Tavola 9 - Percentuale di allocazione del tempo lavorativo speso dai direttori generali con gruppi di persone di differente numerosità

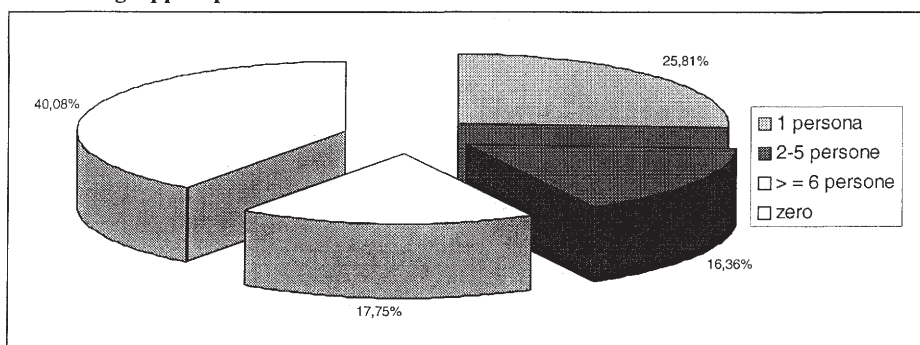


Tavola 10 - Posizionamento di alcuni fattori comportamentali riscontrati rispetto ai medesimi originati in altri importanti studi

Fattore	Autore	Stewart	Horne e Lupton	Nostro
Tempo lavorativo speso nel proprio ufficio		51%	52%	57,63%
Tempo totale lavorativo speso in tutte le unità della direzione		75%	85%	66,35%
Tempo lavorativo speso a casa		1,5%	4%	6,6%
Tempo lavorativo speso da solo		34%	38,5%	40,08%

prescelto disvela la maggior potenzialità, contrapponendo le percezioni alla verifica empirica.

La struttura del questionario è stata architettata su di un telaio di tredici domande, la maggior parte delle quali è direttamente comparabile con i dati registrati nei diari.

Per ottenere risultati omogenei e, quindi, comparabili, la media di ogni stima è stata raffrontata con quella corrispondente ottenuta dagli *outputs* del diario.

Un importante dimensione del lavoro manageriale è quella relativa alla selezione, all'addestramento, ed allo sviluppo del *management*: Q1 e Q2 affrontano tali importanti tematiche, chiedendo ai direttori generali di assegnare un punteggio, rispettivamente, alla misura in cui essi reputano che una formazione specifica possa supportarli efficacemente nel diventare dei manager più efficaci, nonché alla misura in cui essi approvano un programma di formazione manageriale quale prerequisito per l'eleggibilità a direttore generale.

I risultati derivanti, evidenziano un 8 per quanto concerne la risposta a Q1, ed un 7.5 per Q2. Essi si dimostrano quindi favorevoli sia nel supportare un mirato programma di formazione per l'aumento delle proprie capacità professionali, ed in misura lievemente inferiore al fatto che esso costituisca una *conditio sine qua non* primaria o secondaria per l'essere inserito negli elenchi delle probabili nomine.

Nell'ideale costruzione di un programma di formazione manageriale (84), Q3 valuta l'importanza di alcune «skills» che necessariamente dovrebbero essere insegnate all'interno della sua struttura, assegnando importanza precipua alla «Leadership» (9), alle «Relazioni interpersonali» (8,75) ed alla «Gestione dati» (8,75), e poi al «Management» ed al «Decision Making» (8).

Tavola 11 - Q3. In quale misura pensa che le seguenti competenze siano d'aiuto nell'esecuzione del suo attuale incarico? (1 - per nulla affatto d'aiuto; 10 - estremamente d'aiuto)

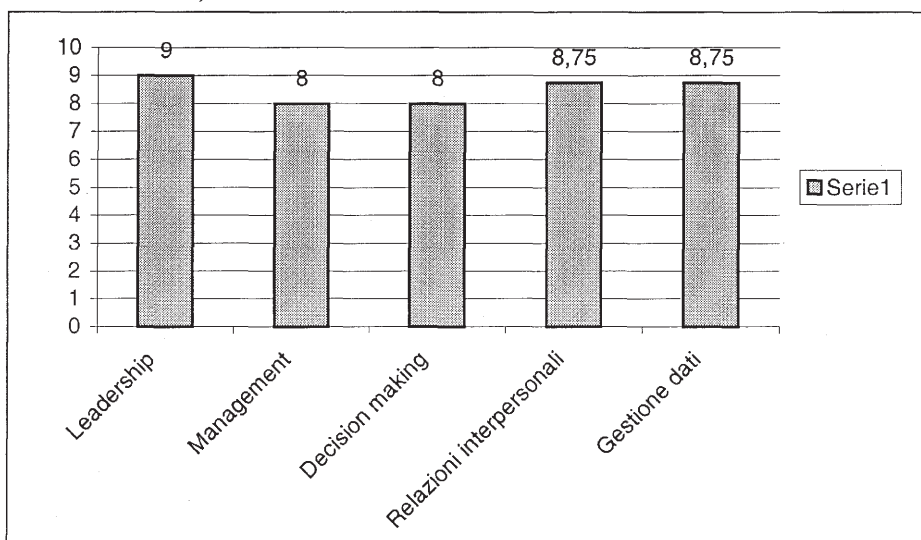
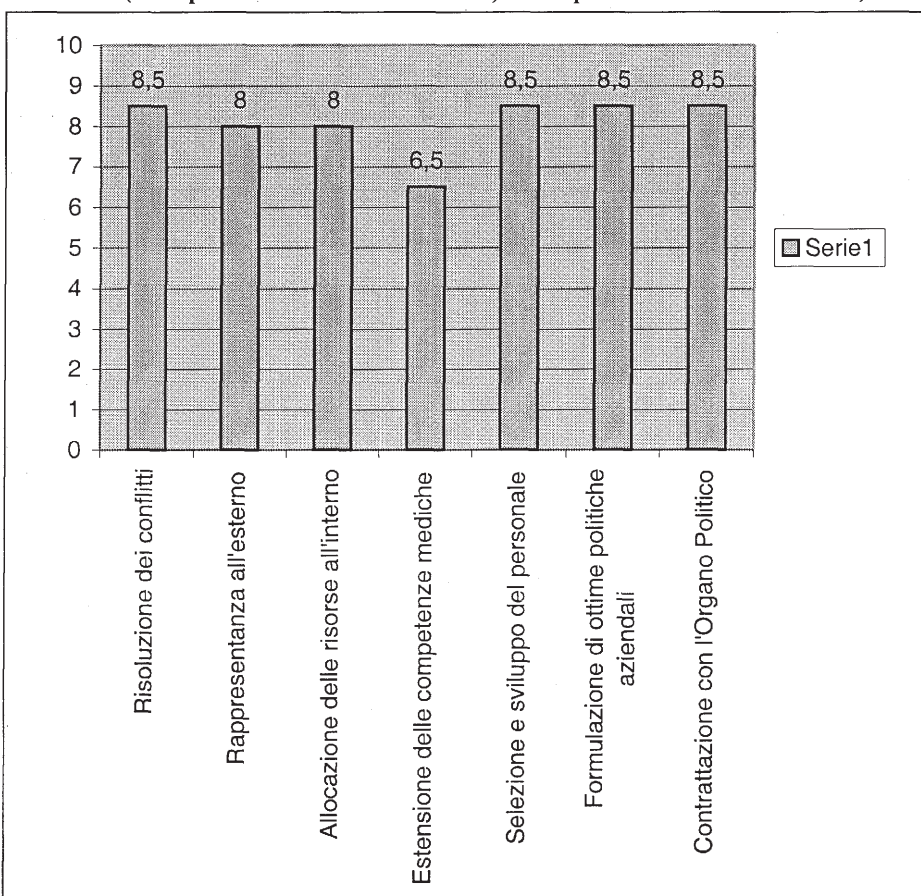


Tavola 12 - Q4. Stimmi l'importanza dei seguenti elementi nell'espletamento del suo incarico. (1 - importanza estremamente bassa; 10 - importanza estremamente alta)



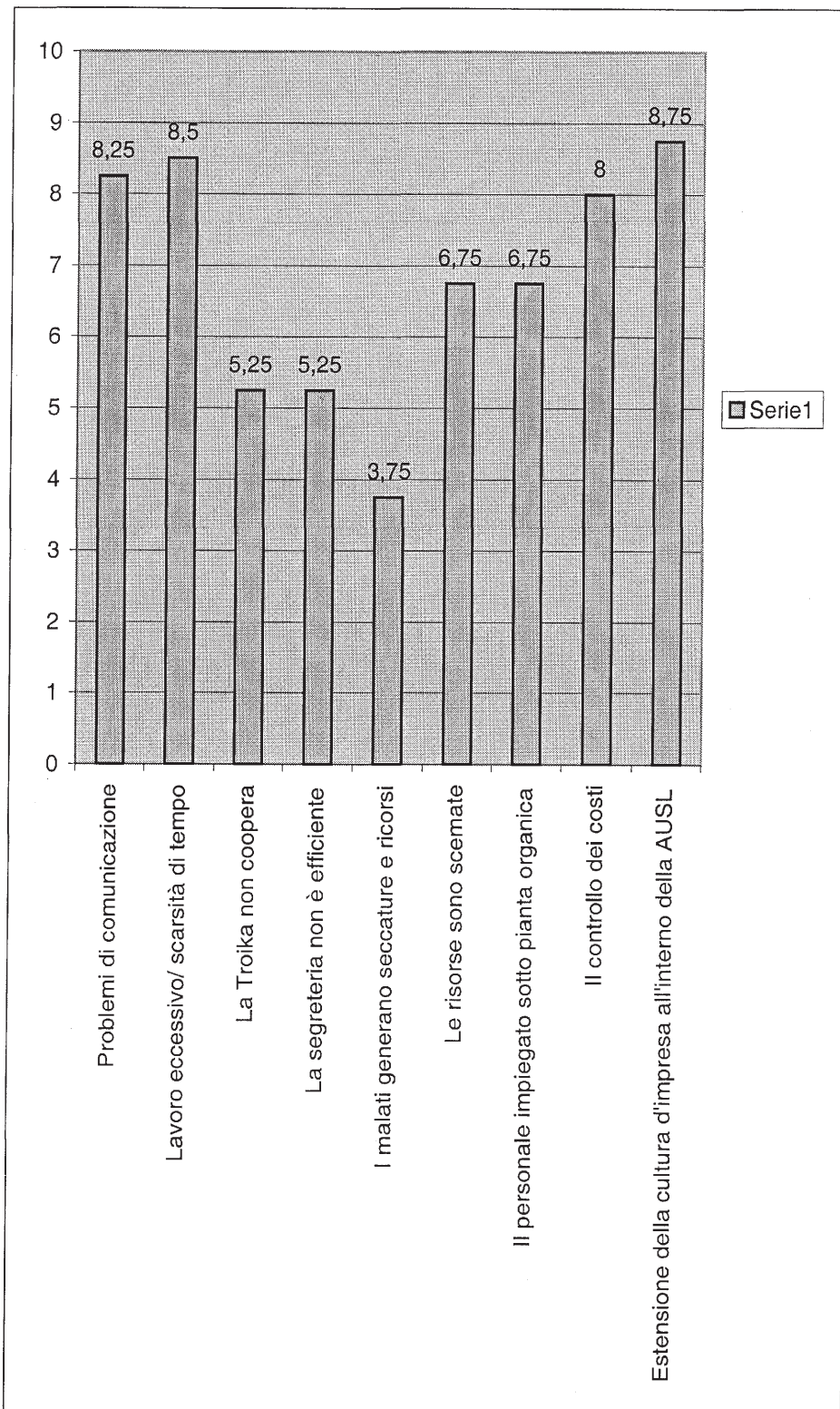


La domanda Q4 riflette l'importanza di alcuni elementi che definiscono l'attività manageriale dei direttori generali, assegnando grande enfasi (8.5) sia alla «risoluzione dei conflitti», che alla «formulazione di ottime politiche aziendali», alla «selezione e sviluppo del personale» ed alla «contrattazione con l'Organo politico», mentre la «rappresentanza all'esterno» e «l'allocazione delle risorse all'interno», sebbene rivestano grande importanza, hanno ottenuto un punteggio lievemente inferiore (8). In ultimo come importanza, è risultata «l'estensione delle competenze mediche» (6.5).

Attraverso la domanda Q5 abbiamo chiesto ai direttori generali quanto spesso, in media, l'attività lavorativa richiede loro di spostare l'attenzione da un argomento, soggetto o problema ad un altro, ed il tempo medio dichiarato è stato di 15 minuti.

Per il tramite di Q6 abbiamo richiesto di stimare la gravità dei problemi manageriali che costantemente affliggono la propria guida aziendale, da cui è risultato un 8.75 assegnato a «Estensione della cultura d'impresa all'interno dell'azienda Usl», e ciò di fatto corrobora tristemente il fatto che il «balzo culturale» che tutti si attendevano dalla rivoluzione manageriale è ancora in itinere: molto si è fatto, ma molto occorrerà ancora fare. Il problema del «Lavoro eccessivo/scarsità di tempo» ha ottenuto un 8.5, mostrando elevata gravità, così come la «comunicazione» all'interno dell'organizzazione con un 8.25, ed il «controllo dei costi», con un 8. Via via viene assegnata minor gravità agli altri problemi segnalati: 6.75 ottengono sia «le risorse sono scemate», sia «il personale impiegato è inferiore alla pianta organica»; 5.25 «la Troika non coopera» e «la segreteria non è efficiente». Il fanalino di coda nella intensità dei problemi causati nel *management* dell'azienda «salute» è costituito dalle sec-

Tavola 13 - Q6. Qual è la natura dei suoi problemi più seri? (1 - problema molto piccolo; 10 - problema di importanza drammatica)



cature originate dai malati, cui viene attribuito uno score veramente basso, pari a 3.75.

Le domande Q7, Q8, Q9 e Q10 sono state rivolte ad esplicitare le percezioni dei direttori generali su come essi allochino il proprio tempo lavorativo, rispettivamente, per attività, scopo, ubicazione e categoria professionale di persone.

Da Q7 le percentuali medie delle percezioni che si evincono sono: Incontri pianificati 21,25%; Incontri non pianificati 17,5%; Lavoro a tavolino 34,25%; Ispezioni 3,75%; Telefono in entrata/uscita 5%; Movimento 9,25%; Pausa caffè/tea 4,5%; Pranzo 4,5%.

Per quanto concerne Q8, le medie risultanti sono state le seguenti: Erogazione del servizio 10,75%; Acquisti 2,5%; Gestione del personale 8,75%; Pubbliche relazioni 13,75%; Marketing 2,5%; Ricerca & sviluppo 11,75%; Finanza 12,5%; Amministrazione generale 37,5%.

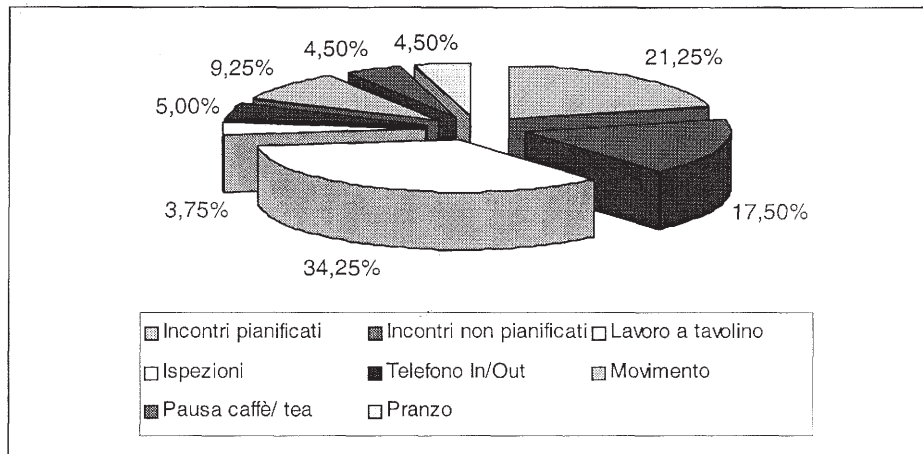
Q9 ha originato i seguenti esiti medi: nel proprio ufficio 57,5%; in altre unità ove è localizzata la direzione 7,5%; in altre unità della stessa Ausl 11,25%; presso altre organizzazioni 17%; a casa 13,75%.

Q10 ha dato luogo ai seguenti risultati: Troika 18,75%; Segreteria 5,25%; Dirigenti di struttura 13,75%; Altri interni 5,5%; Organo politico 11,75%; Altri esterni 7,5%; da solo 37,5%.

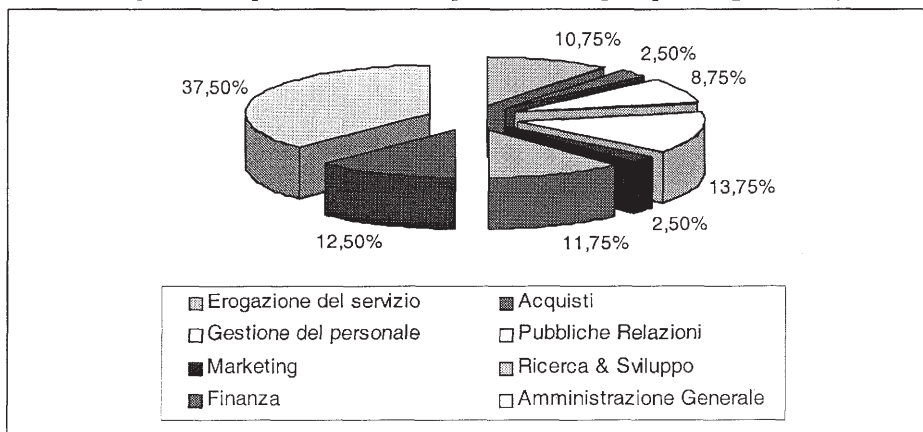
Q11 e Q12 hanno richiesto di stimare, rispettivamente, la media giornaliera di lavoro prestato dal lunedì al venerdì, ed il sabato e la domenica sommati, ottenendo 9 ore e mezzo di media giornaliera nella settimana lavorativa, e 7 ore e 30 minuti per il weekend.

Nell'ultima domanda abbiamo chiesto ai top-manager di rispondere a quanto essi credano che il management delle aziende UsI debba

**Tavola 14 - Q7. Stimati la percentuale del tempo lavorativo speso nell'ambito delle seguenti attività**



**Tavola 15 - Q8. Stimati la percentuale del tempo lavorativo speso per il seguente scopo**



**Tavola 16 - Q9. Stimati la percentuale del suo tempo lavorativo che normalmente spende nei seguenti posti**

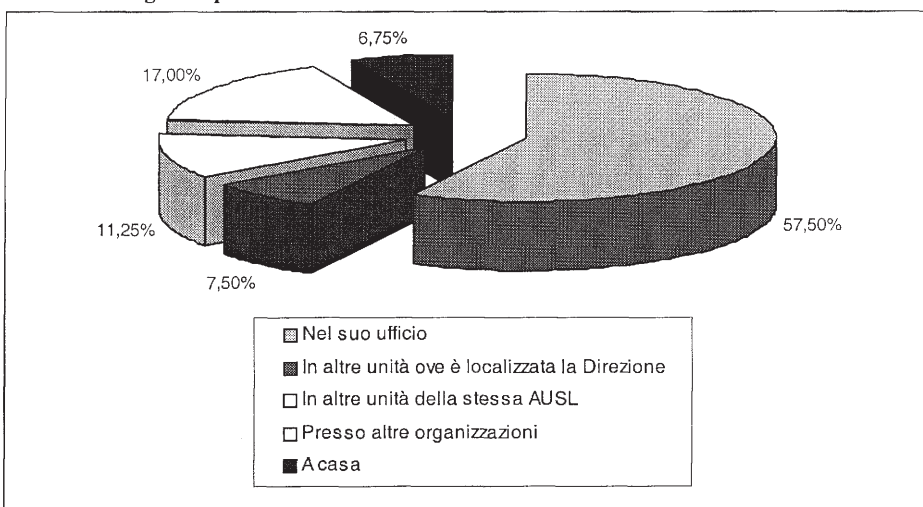
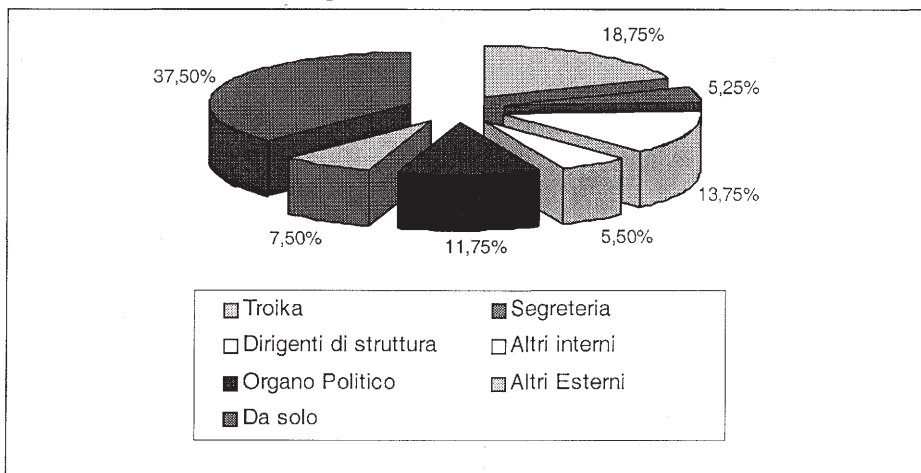


Tavola 17 - Q10. Stimi la percentuale del suo tempo lavorativo che normalmente spende con i seguenti gruppi di persone



essere guidato da soggetti esterni all'azienda stessa, ed il risultato medio ottenuto è stato di 7,5, abbastanza alto, in un range che variava tra 1 (non lo crede affatto) e 10 (ne è fermamente convinto).

## 6. Comparazione dei risultati e sviluppi futuri della ricerca

La tavola 18 evidenzia la contrapposizione tra le percezioni per gruppo omogeneo di rilevazione, ed i rispettivi dati empirici raccolti: il quadro rappresentato riverbera l'informazione che i direttori generali, come già altri studi hanno dimostrato (85) per *manager* appartenenti ad altri settori d'impresa, non sono validi stimatori del proprio lavoro. Va però necessariamente sottolineato che risulta compito ben arduo rappresentare numericamente ciò che si svolge nel corso della giornata lavorativa.

Nell'ambito di queste valutazioni i risultati empirici hanno verificato la precisione delle stime concernenti il tempo speso nel «Lavoro a tavolino», nel «Movimento», per «Erogazione del servizio», per la «Gestione del personale», nel «Proprio ufficio», «a casa propria», «con la Troika» e con «l'Organo politico».

Questo studio non ha preso le mosse né da un intento prescrittivo normativo, volto a sviluppare dei precetti cui obbligatoriamente l'azione dei *top-manager* sanitari dovrebbe accordarsi e tantomeno a descrivere in termini assolutistici la loro giornata tipica media, per poi considerarla un assunto apodittico.

Indagare una settimana lavorativa dei responsabili di venti aziende UsI italiane assume senso per noi se lo scopo è quello di disvelare l'impegno lavorativo medio profuso onde rintracciare dei comuni modelli di comportamento ed identificare alcune relazioni generali che generano e caratterizzano tali modelli.

Alcuni chiarimenti devono però essere esplicitati in questa sede per corroborare l'attendibilità dei risultati ottenuti, e costituire le premesse per ricerche successive.

L'avanzamento delle ricerche sul lavoro manageriale degli ultimi cinquant'anni è precipuamente ascrivibile al lavoro di cinque persone, nominatamente Sune Carlson, Leonard Sayles (86), Rosemary Stewart (87), Henry Mintzberg (88) e John Kotter (89).

Per quanto i citati autori si siano distinti con studi celeberrimi e sistema-

tici, e ciò li distingue da altri condotti comunque da studiosi altrettanto famosi (90), si registra tuttora l'inadeguatezza delle categorie necessarie per descrivere e spiegare cosa effettivamente i *manager* facciano nel loro lavoro, per la variabilità e la difficile classificabilità delle loro funzioni, così come rimarcato da Leonard Sayles: «... our inability ... to find proper pigeon holes ... to both describe and explain what managers do» (91).

Ciò comunque, lo si pensava già mezzo secolo orsono, quando Peter Drucker affermava: «Every manager does many things that are not managing. He may spend most of his time on them. A sales manager makes a statistical analysis or placates an important customer. A foreman repairs a tool or fills in a production report. A manufacturing manager designs a new plant layout or tests new materials. A company president works through the details of a bank loan or negotiates a big contract - or spends dreary hours presiding at a dinner in honor of long-service employees. All this things pertain to a particular function. All are necessary, and have to be done well. But they are apart from that work which every manager does whatever his function or activity, whatever his rank and position, work which is common to all managers and peculiar to them» (92).

Quindi, dopo parecchi anni, la categorizzazione delle funzioni e dei ruoli all'interno delle proprie organizzazioni rimane comunque il primo ostacolo da sormontare.

Noi abbiamo proposto una possibile schematizzazione, e cercheremo nelle prossime ricerche di migliorarla, ma essa costituisce il primo gradino di una scala molto alta e molto ardua da ascendere, poiché come direbbe Linnaeus (93): «All the real knowledge which we possess, depends on methods by which we

**Tavola 18 - Sommario della comparazione tra i dati empirici raccolti tramite diario e le percezioni originate nei questionari**

	% media stimata	% media monitorata	Natura errore
Totale ore lavorative (dal lunedì al venerdì)	47 h 30 minuti	41 h 10 min	Sovrastima
Totale ore lavorative (sabato e domenica)	7 h 30 minuti	5 h 40 min	Sovrastima
<hr/>			
% del tempo lavorativo speso in Incontri pianificati	21,25	36,72	Sottostima
% del tempo lavorativo speso in Incontri non pianificati	17,5	13,3	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso nel Lavoro a tavolino	34,25	34,32	Sottostima
% del tempo lavorativo speso in Ispezioni	3,75	0,73	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso in Telefono in/out	5	3,8	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso in Movimento	9,25	9,22	Preciso
% del tempo lavorativo speso in Pause lavorative	4,5	0,11	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso in Pranzi lavorativi	4,5	1,79	Sovrastima
<hr/>			
% del tempo lavorativo speso per l'Erogazione del servizio	10,75	10,95	Precisa
% del tempo lavorativo speso per Acquisti	2,5	0,79	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso per la Gestione del personale	8,75	8,96	Precisa
% del tempo lavorativo speso per Pubbliche relazioni	13,75	12,59	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso per Marketing	2,5	0	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso per Ricerca & sviluppo	11,75	13,55	Sottostima
% del tempo lavorativo speso per Finanza	12,5	10,55	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso per Amministrazione generale	37,5	42,61	Sottostima
<hr/>			
% del tempo lavorativo speso nel Proprio ufficio	57,5	57,63	Precisa
% del tempo lavorativo speso In altre unità ove è localizzata la Direzione	7,5	8,72	Sottostima
% del tempo lavorativo speso In altre unità della stessa Ausl	11,25	4,64	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso Presso altre organizzazioni	17	22,41	Sottostima
% del tempo lavorativo speso A casa propria	6,75	6,6	Precisa
<hr/>			
% del tempo lavorativo speso con la Troika	18,75	19,06	Precisa
% del tempo lavorativo speso con la Segreteria	5,25	2,67	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso con i Dirigenti di struttura	13,75	12,86	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso con Altri interni	5,5	2,68	Sovrastima
% del tempo lavorativo speso con l'Organo politico	11,75	12,09	Precisa
% del tempo lavorativo speso con Altri esterni	7,5	10,56	Sottostima
% del tempo lavorativo speso Da solo	37,5	40,08	Sottostima
<hr/>			
PS: si è ritenuta la stima «precisa» laddove il valore monitorato empiricamente non si è discostato in + o in - del 5% dalla stima palesata dai Direttori generali.			

distinguish the similar from the dissimilar. The greater the number of natural distinctions this method comprehends, the clearer become our idea of things. The more numerous the objects which employ our attention, the more difficult it becomes to form such a method and the more necessary».

Il secondo problema nasce sicuramente dal periodo di osservazione. Una settimana consecutiva di registra-

zione delle attività è sicuramente un periodo significativo di osservazione, perché, come abbiamo in precedenza sottolineato, vi sono studi internazionali condotti su due giorni non consecutivi nella stessa settimana, ed altri addirittura su di un solo giorno, mentre i migliori sono stati condotti su almeno una settimana.

È pacificamente riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale che allungando il periodo di osserva-

zione si causerebbe necessariamente un deterioramento della qualità dei dati registrati, oltre che della quantità.

Nel nostro studio sia la quantità numerica di giorni osservati che la qualità dei dati registrati sono state entrambe validamente soddisfatte, cionondimeno nel corso dell'analisi dei risultati tramite diario sottolineavamo come il periodo tristemente noto come della «mucca pazza», tuttora in corso, purtroppo, potrebbe avere leggermen-

te influenzato la percentuale del tempo lavorativo dedicato alla ricerca, aumentandola e, di conseguenza, quelle collegate. Ma indagare in un periodo molto vicino alla data di approvazione del bilancio avrebbe potuto elevare la percentuale di tempo lavorativo dedicata alla «Finanza», od all'«Amministrazione e *management*» ed alla stessa maniera nel periodo di spartizione del Fondo sanitario regionale a favore dell'«Organo politico»; il registrare i dati durante un periodo di negoziazione dei contratti di lavoro con i sindacati, avrebbe potuto innalzare la porzione dedicata alla «Gestione del personale», così come scegliere un periodo prossimo alle nuove nomine dei direttori generali avrebbe comportato, forse, il non ottenere le risposte. Perciò riteniamo di aver agito «razionalmente» ma, in generale, quindi, il periodo di osservazione costituisce una variabile dall'importanza drammatica più per l'allocatione del tempo lavorativo che per lo sforzo lavorativo profuso.

Vi è anche da aggiungere, però, che fortunatamente vi sono alcuni aspetti del comportamento manageriale che sono indipendenti da fattori ciclici o stagionali: la preferenza verso avere contatti con poche persone al vertice dell'organizzazione, o con molte altre variamente disposte ne è un esempio, od il preferire incontri pianificati formali *vis a vis* al posto di *meetings* con un elevato numero di persone.

Collegata al periodo di osservazione vi è la cospicuità del campione da indagare in relazione al metodo della ricerca prescelto, nonché la sua stratificazione secondo parametri validi: noi speriamo vivamente di aver ottemperato efficacemente a tali vincoli, tramite l'utilizzo di un campione ragionato di venti direttori generali, distribuiti nel Paese in base all'area geografica, al numero di posti letto ed al numero di dipendenti.

In ultimo occorre definire quali sono gli obiettivi della ricerca. Noi li abbiamo puntualmente definiti, e ad essi si possono collegare i prossimi correlati spunti di riflessione miranti a definire sia le tecniche ed i problemi di comunicazione, diretti ed indiretti, che il tipo di azione in relazione alla natura delle questioni trattate.

Una sfida appassionante potrebbe essere costituita dal provare a sviluppare questi spunti cambiando metodo di ricerca, e transitando all'osservazione strutturata, lo «shadowing», da condurre su di un campione più ristretto di *top-manager* sempre per una settimana di monitoraggio.

Conclusivamente è necessario evidenziare che questo studio ha preso le mosse dal bisogno di descrivere il comportamento manageriale dei direttori generali delle aziende Usl, sperando altresì di contribuire all'identificazione di modelli aziendali di comportamento comuni, nonché a disvelare una possibile «chiave di analisi» per valutare anche l'equità del compenso fisso loro assegnato.

Gli esiti rilevati vanno comunque anche correlati alla formazione (94) ed allo sviluppo di una buona guida manageriale (95) delle aziende Usl italiane, in un *environment* (96) ormai sempre più mutabile, la qual cosa rappresenta, *sine ullo dubio*, un costante motivo di riflessione per i differenziati attori dello scenario sanitario italiano.

(1) Cfr. Hoskisson Robert E., Daphne Yiu, Hinchon Kim (2000), pagg. 129-154; Hirschman A. (1997); Lazzari V. (2001), pagg. 71-84; Rajan R., Zingales L. (1997), pagg. 387-432.

(2) Su questo tema si suggerisce la lettura, tra gli altri, di Endrici G. (2000).

(3) Sulla valutazione del personale nelle aziende sanitarie pubbliche si rimanda, tra gli altri, a Mario Del Vecchio (2000), pagg. 159-168; Renato Ruffini (1995), pagg. 7-37; De Martin G.C. (1999); OECD (1997).

(4) Funzioni che al Direttore generale competono in base all'art. 3, comma 6, D.L.vo 502/92.

(5) Interessanti riflessioni su questa tematica appaiono in *Mecosan*, n. 38, nello studio di Mario Del Vecchio, Marta Barbieri (2001).

(6) Tra di esse si rimanda in modo particolare a quella di Riccardo Mussari (1994).

(7) Per quanto diversi autori fanno datare l'origine dell'approccio manageriale della Pubblica amministrazione al saggio, molto famoso negli Stati Uniti d'America, di Woodrow Wilson (1887).

(8) Il Taylor così elenca i principi guida che codeterminano il *management* scientifico. Cfr. Taylor F.W. (1919), pag. 140. L'autore testè citato sintetizza, tra l'altro, i precipui quesiti che sorgono negli individui quando si interessano a tale approccio manageriale: «The writer has found that there are three questions uppermost in the minds of men when they come interested in scientific management.

First. Wherein do the principles of scientific management differ essentially from those of ordinary management?

Second. Why are better results attained under scientific management than under the other types?

Third. Is not the most important problem that of getting the right man at the head of the company? And if you have the right man cannot the choice of the type of management be safely left to him?», pag. 30.

(9) Cfr. Fayol H. (1949), pag. 6. L'autore incalza poi molto efficacemente: «To foresee and provide means examining the future and drawing up the plan of action. To organize means building up the dual structure, material and human, of the undertaking. To command means maintaining activity among personnel. To co-ordinate means binding together, unifying and harmonizing all activity and effort. To control means seeing that everything occurs in conformity with established rule and expressed command».

(10) Cfr. Willoughby W.F. (1927), che demarcò alcune delle fondamentali funzioni manageriali proponendo la nota distinzione tra direzione, supervisione e controllo, da una parte, ed esecuzione dall'altra.

(11) Cfr. Gulick L.H. (1937), pag. 13: «POSDCORB is of course a made-up word designed to call attention to the various functional elements of the work of chief executive because "administration" and "management" have lost all specific content. POSDCORB is made-up of the initials and stands for the following activities». L'autore poi spiega i fattori chiave che devono guidare gli studiosi di amministrazione nell'investiga-

zione del comportamento lavorativo: «In building the organization from the bottom up we are confronted by the task of analyzing everything that has to be done and determining in what grouping it can be placed without violating the principle of homogeneity. This is not a simple matter, either practically or theoretically. It will be found that each worker in each position must be characterized by:

1) The major purpose he is serving, such as furnishing water, controlling crime, or conducting education;

2) The process he is using, such as engineering, medicine, carpentry, stenography, statistics, accounting;

3) The persons or things dealt with or served, such as immigrants, veterans, Indians, forests, mines, parks, orphans, farmers, automobiles, or the poor;

4) The place where he renders his service, such as Hawaii, Boston, Washington, the Dust Bowl, Alabama, or Central High School», pag. 15.

(12) Cfr. Drucker P.F. (1954).

(13) Cfr. Mintzberg H. (1973), pag. 10.

(14) Per organizzazione intendiamo ciò che Chester Barnard (1938) ha indicato come «an impersonal system of coordinated human efforts».

(15) Su questo tema si suggerisce la lettura, tra gli autori italiani, del lavoro di Gaetano M. Golinelli (1994).

(16) Cfr. Chester I. Barnard (1968), pag. 217.

(17) Attraverso la sua opera scritta in collaborazione a Clarence E. Ridley (1938), nella quale essi propongono le diverse accezioni che la misurazione dell'efficienza dei servizi poteva assumere: «Efficiency can therefore be measured at a number of different levels. There is an efficiency of accomplishment of results (1) relative to money expenditure, (2) relative to effort, and (3) relative to performance. There is efficiency of performance (4) relative to expenditure, and (5) relative to effort. Finally, there is efficiency of effort (6) relative to expenditure», pag. 3.

(18) Cfr. Simon H.A. (1947), da cui tratiamo uno stralcio significativo incentrato sulla critica mossa ai principi correnti di amministrazione: «It is a fatal defect of the current principles of administration that, like proverbi, they occur in pairs. For almost every principle one can find an equally plausible and acceptable contradictory principle. Although the two principles of the pair will lead to exactly opposite organizational recommendations, there is nothing in the theory to indicate which is the proper one», pag. 20.

(19) Cfr. Simon H.A. (1965), «intelligence activity - searching the environment for conditions calling for decision; design activity - inventing, developing and analyzing possible courses of action; and choice activity - selecting a particular course of action from those available», pag. 54.

(20) Cfr. Newman W.H. (1951), pag. 28.

(21) Cfr. Terry G.R. (1953), pag. 9.

(22) Cfr. Horne J.H., Lupton T. (1965), pagg. 14-33.

(23) Un acronimo che Mintzberg (1973, pag. 205), ha detestato dipingendolo come «A surrogate for POSDCORB, FOUR stands for ...».

(24) Cfr. O.F. Poland (1971, pag. 202): «Let's give evaluation its due - let's put an E in POSDECORB».

(25) Cfr. Richman B.M., Farmer R.N. (1974), pag. 19.

(26) Cfr. Panati G. (1998), «Nella fattispecie dell'attività imprenditoriale, la componente che ha il carattere di lavoro presenta "accidenti" che si chiamano: organizzare, dirigere, comandare, aggregare il consenso; normalmente essa coincide con l'attività dirigenziale, la quale contiene talvolta anche elementi dell'altra componente», pag. 10.

(27) Cfr. Random House (1970), pagg. 869-870.

(28) Cfr. Koontz H., O'Donnel C. (1972), pag. 53.

(29) Cfr. Mintzberg H. (1973), pag. 3.

(30) Cfr. Bertini U. (1990), pag. 112. A proposito delle diverse accezioni assegnate alla parola *management* il chiaro autore così specifica nella nota 119 «Nella nostra letteratura il *management* è stato associato ora all'amministrazione, ora alla direzione, ora all'organizzazione dell'azienda, ma esso non può essere spiccativo di una soltanto di queste funzioni, ma di tutte queste insieme: ciò spiega perché dopo vari tentativi si è preferito conservare l'espressione americana», pag. 112.

(31) Molti anni or sono Henry Mintzberg (1973, pag. 197), aveva già echeggiato la scarsità di studi nel «managerial role area» enfatizzando, inoltre, il forte bisogno di investigare maggiormente ciò che i *manager* realmente facevano durante l'attività lavorativa attraverso le seguenti parole: «We still know very little about managerial work and we are in greatest need of more studies in which the researcher seeks to develop basic understanding».

(32) Per struttura in questo lavoro accogliamo l'accezione chandleriana «structure is the design of organization through which the enterprise is administered». Cfr. A.D. Chandler (1962), pag. 14.

(33) Cfr. Stewart R. (1976), pag. 1.

(34) Cfr. Stewart R. (1984), pag. 325.

(35) Le risorse umane di qualsiasi organizzazione costituiscono, secondo un chiaro autore, la loro vera ricchezza interna e codeterminano, altresì, quella della nazione. Cfr. Harbison F.H. (1973), pag. 3.

(36) Nella visione espressa da Sune Carlson (1951), egli ha vergato, con estrema chiarezza, che «Scientific research is not only a way of acquiring knowledge for the student who does it ... it is also a most efficient means of exposing a lack of knowledge», pag. 92.

(37) In merito alla distinzione tra *manager* e *leaders*, si rimanda interamente al lavoro di A. Zaleznick (1977), pagg. 126-135.

(38) Uno tra gli scopi precipui di studi di questa tipologia, è l'accumulazione di conoscenza e lo sviluppo di metodologie di ricerca che possano, come osserva Shartle, «aid in the education, selection, training, and assignment of persons to leadership positions in business and industry, government and education». Cfr. Shartle C.L. (1949), pag. 370.

(39) Il controllo della gestione è stato oggetto di studio di diversi chiari autori, che hanno fatto fiorire una vasta letteratura. Tra di essi rimandiamo a F. Amigoni (1979); P. Bastia (1992); G. Bruni (1990); F. Lizza (1992); Terzani S. (1999).

(40) Il *management* ed il controllo delle organizzazioni sanitarie è stato sapientemente affrontato da R.N. Anthony, D.W. Young (1999).

(41) Ci riferiamo evidentemente al percepimento della retribuzione integrativa dai Direttori generali ex D.P.C.M. 502/95, recentemente riconsiderato, od alla eventuale rimozione dell'incarico in caso di non raggiungimento degli obiettivi, qualora previsti in ambito regionale sia *ex ante* che *ex post*. Gli interrogativi che si potrebbero sollevare in tale ambito sono veramente tanti ma, per economizzare sul lavoro, preferiamo riportare le sapienti parole di Del Vecchio (2001), pag. 34, invero non anfibiologiche: «... se il rapporto tra livello politico e *management* si configura in termini fiduciari, perché la corresponsione di un premio retributivo o addirittura la verifica dell'attitudine a mantenere la posizione dovrebbero passare necessariamente attraverso un insieme di obiettivi spesso mal formulati e spesso di scarso significato sia per chi li formula che per chi li riceve?».

(42) Il nostro punto di vista si confà pienamente a quanto espresso da McCorkle e Archibald «the best investment that society can make is in educating its most important resource (human beings) and in encouraging research that will enhance growth, increase productivity, and improve the quality of life».

Cfr. McCorkle C.O., Archibald S.O. (1982), pag. 8.

(43) Esso è costituito, come noto nella visione aziendale di Paolone da «le abilità imprenditoriali, frutto di una lenta sedimentazione di esperienza; le capacità organizzative, orientate alla continua ridefinizione delle proprie strutture; l'orientamento all'innovazione, esteso all'intera operatività aziendale; la cultura d'impresa, quale capacità di conduzione di obiettivi comuni». Cfr. Paolone G. (1998), pag. 21.

(44) Sul metodo della ricerca in Economia aziendale si rinvia interamente al lavoro della R. Ferraris Franceschi (1978).

(45) In assoluto il più significativo studio sinora effettuato basato sull'osservazione strutturata, è stato quello intrapreso da Henry Mintzberg, quando egli utilizzò l'osservazione strutturata per rappresentare il lavoro di cinque managers, utilizzando sia il potere induttivo dell'osservazione diretta, che la registrazione sistematica delle attività tramite una struttura schematica premeditata.

(46) Ci riferiamo a ricerche quali quella sviluppata da R.C. Hodgson, D.J. Levinson, A. Zaleznick (1958).

(47) Gli studi tramite diario più conosciuti nella letteratura internazionale, *sine ullo dubio* sono quelli condotti da Sune Carlson (1951) e da Rosemary Stewart (1967). Tale strumento ha dimostrato in passato grande efficacia nello studio delle caratteristiche del lavoro manageriale.

(48) Tale metodo di ricerca è stato usato con successo da Joe Kelly (1964), dal quale traiamo il seguente stralcio atto a dimostrare la sua fertile portata *cognitiva* «The method employed requires that the behaviour to be studied should be broken into categories, and then a large number of momentary observations of the individuals being studied are made. To be effective, the following conditions should be fulfilled: the observations must be momentary; they must be made at randomly selected times; the manager should not be affected by the observer's presence; and the types of event and behaviour to be observed should be carefully defined.», pag. 278.

(49) Poiché è ben noto il fatto che i *manager* in generale siano dei pessimi estimatori del proprio lavoro, questi strumenti hanno mostrato la loro efficacia solo se utilizzati insieme alla raccolta di dati empirici, o nello studio delle percezioni del proprio lavoro.

(50) Questa metodologia è stata usata da J.C. Flanagan (1951) e consiste nell'annotare la descrizione di avvenimenti critici, nonché nella loro analisi.

(51) Questo approccio metodologico invero non mostra grande ubertosità, in quanto risulta fortemente condizionato dalla mancanza di conoscenza che scaturisce dal fatto che il ricercatore non può riconoscere esattamente a priori quello che manca dalle informazioni che ha selezionato tramite le sorgenti secondarie.

(52) Luther Gulick, molto tempo addietro, ammoniva ad ottemperare i seguenti requisiti per godere di un uberoso approccio scientifico negli studi amministrativi:

«1) analysis of phenomena from which we may derive standard nomenclature, measurable elements, and national concepts;

2) the development of extensive scientific documentation based upon these analyses, and

3) The encouragement of imaginative approach to social phenomena, and the publication of hypotheses so that may be scrutinized by others in the light of experience, now and in future years». Cfr. Gulick L. (1937b), pag. 195.

(53) R.C. Hodgson, D.J. Levinson, A. Zaleznick (1958), pag. 477.

(54) Cfr. Mintzberg H. (1973), pag. 239.

(55) A tal proposito, così si sono espressi McCall, Morrison ed Hannan (1978, pag. 2): «The issue is how to conjoin purpose and activity so that they make sense together. Combined interview, diary and observational approaches seem to hold the most promise for accomplishing that goal».

(56) Abbiamo utilizzato un disegno di ricerca similare per studiare il comportamento manageriale dei Presidi di facoltà universitarie sia nel nostro studio (2000), che per quanto concerne quello del 2001.

(57) Al momento dello studio, secondo dati del Ministero della sanità, il numero delle aziende Usl ammontava a 191.

(58) Cfr. Carlson S. (1951), pag. 42.

(59) Cfr. Burns T. (1954), pagg. 73-97.

(60) Cfr. Burns T. (1957), pagg. 45-60.

(61) Cfr. Copeman G. (1963), pagg. 3-16.

(62) Cfr. Dublin R., Spray S.L. (1964), pagg. 99-108.

(63) Cfr. Horne J.H., Lupton T. (1965), pagg. 14-33.

(64) Cfr. Thomason G.F. (1966), pagg. 270-284.

(65) Cfr. Thomason G.F. (1967), pagg. 17-30.

(66) Cfr. Marples D.L. (1968), pagg. 183-204.

(67) Cfr. Brewer E., Tomlinson J.W.C. (1964), pagg. 191-197.

(68) Cfr. Lawler E.E., Porter L.W., Tennenbaum A. (1968), pagg. 432-439.

(69) Cfr. Hinrichs J.R. (1964), pagg. 193-204; ID (1976), pagg. 44-49.

(70) Cfr. Brewer E., Tomlinson J.W.C. (1964), «concerned with the elements of managerial behaviour that are common to all situations», pag. 191.

(71) Cfr. Stewart R. (1967).

(72) In accordo al pensiero di Chester I. Barnard le basi di specializzazione del lavoro da cui estrapolare le informazioni che necessitano sono «the bases of specializations of organizations (and of individuals) are five: (a) the place where work is done; (b) the time at which work is done; (c) the persons with whom work is done; (d) the things upon which work is done; and (e) the method or process by which work is done». Cfr. Barnard C.I. (1938), pagg. 128-129.

(73) Cfr. Stewart R. (1967), pag. 29.

(74) Cfr. Copeman G., Luijk H., Hanika F. de P. (1963), pag. 7.

(75) Cfr. Burns T. (1957), pag. 48.

(76) Cfr. Horne J.H., Lupton T. (1965), pag. 30.

(77) Cfr. Mintzberg H. (1973), pag. 197.

(78) Cfr. Kurke L.B., Aldrich H.E. (1983), pagg. 975-984.

(79) Cfr. Carlson S. (1951), pag. 53.

(80) Cfr. Copeman G., Luijk H., Hanika F. de P. (1963), pag. 22.

(81) Cfr. McCall M.W., Morrison M.A., Hannah R.L. (1978).

(82) Cfr. Mintzberg H. (1973), «... a high frequency of two person scheduled meetings ... 61 percent ...», pag. 261.

(83) Tale risultato conferma anche quanto constatato nel lavoro di Carlson, che così raffigurava la condizione lavorativa dei *manager* oggetto della sua ricerca: «All they knew was that they scarcely had time to start on a new task or to sit down and light a cigarette before they were interrupted by a visitor or a telephone call». Cfr. Carlson S. (1951), pagg. 73-74.

(84) McCall, Morrison and Hannan (1978, pag. 42) nel loro studio, supportati dai risultati di diverse ricerche empiriche, ammonivano i formatori manageriali a focalizzare la loro attenzione e quella dei loro discenti sulle seguenti tematiche:

«— How to handle a two-minute interaction;

— How to use staff assistants and consultants;

— How to handle ceremonial events;

— How to decide when a meeting is necessary and who should attend (as opposed to have to run a meeting);

— How to delegate in an oral environment;

— How to handle in the midst of chaos».

(85) Cfr. McCall M.W., Morrison M.A., Hannan R.L. (1978): «All that can be counted on is that managers make errors — sometimes quite large errors — when they try to estimate how they spend their time», pag. 18.

(86) Cfr. Sayles L.R. (1964); ID (1979).

(87) Cfr. Stewart R. (1967); ID (1976); ID (1982); ID (1989).

(88) Cfr. Mintzberg H. (1973); ID (1975), pagg. 49-61; ID (1987), pagg. 66-75.

(89) Cfr. Kotter J.P. (1982); Kotter J.P., Lawrence P.R. (1974).

(90) Ci si riferisce principalmente alle ricerche sviluppate da Peter Drucker (1954); ID (1974) e Abraham Zaleznick (1958).

(91) Cfr. Sayles L. (1979), pag. 19.

(92) Cfr. Drucker P.F. (1954), pag. 343.

(93) Cfr. Carl von Linnè (1737).

(94) L'importanza della formazione per il management ed i lavoratori al fine dell'aumento della produttività aziendale è stata lucidamente sostenuta diversi decenni orsono da F.W. Taylor (1919), «... the most important object of both the workmen and the management should be the training and development of each individual in the establishment, so that he can do (at his fastest pace and with the maximum of efficiency) the highest class of work for which his natural abilities fit him», pag. 12.

(95) Vittorio Coda (2000, pag. 52), a tal proposito, ha recentemente affermato: «... anche fra le aziende sanitarie pubbliche ... non mancano i casi di buona gestione. Il problema è di riconoscerli, di capire come abbiano potuto prodursi e di operare perché possano moltiplicarsi ...». «Per un buon governo delle aziende sanitarie pubbliche».

(96) Le mutevoli relazioni dell'ambiente con l'impresa sono state affrontate in modo particolare, tra gli altri, da A. Maticena (1984) e da A. Paolini (1995).

#### BIBLIOGRAFIA

- ANSELMI L. (1995), *Il processo di trasformazione della Pubblica amministrazione*, Giappichelli, Torino.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1999), *Management Control in Nonprofit Organizations*, Irwin, McGrawHill, 6<sup>th</sup> edition, Boston.
- BARNARD C.I. (1938, reprinted in 1968), *The Functions of the Executive*, Harvard University Press Cambridge, Mass.
- BARNARD C.I. (1940), «Comments on the job of the executive», *Harvard Business Review*, 148, Winter, pagg. 295-308.
- BASTIA P. (1992), *Analisi dei costi. Evoluzione degli scopi conoscitivi*, Clueb, Bologna.
- BERGAMIN BARBATO M. (1989), *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, Utet, Torino.
- BERTINI U. (1990), *Il sistema d'azienda. Schema di analisi*, Giappichelli, Torino.
- BORGONOV E. (1979), «La pubblica amministrazione come sistema di aziende composte pubbliche», in Borgonovi E. (cura di), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, Milano.
- BREWER E., TOMLINSON J.W.C. (1964), «The Manager's Working Day», *The Journal of Industrial Economics*, vol. 12, pagg. 191-197.
- BURNS T. (1954), «The Directions of Activity and Communication in a Departmental Executive Group», *Human Relations*, vol. 7, pagg. 73-97.
- BURNS T. (1957), «Management in Action», *Operational Research Quarterly*, vol. 8, n. 2, pagg. 45-60.
- CARLSON S. (1951), *Executive Behaviour: A Study of the Workload and Working Methods of Managing Directors*, Stockholm Publishing House, Strombergs, Stockholm.
- COPEMAN G., LUIJK H., HANIKA F. DE P. (1963), *How The Executive Spends His Time*, Business Publications Limited, London.
- CODA V. (2000), «Per un buon governo delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica*, 2/3, pag. 52.
- D'AMICO L. (1999), *Profili del percorso evolutivo negli studi di economia aziendale. Schema di analisi per «paradigmi» e «Programmi di ricerca scientifici»*, Giappichelli, Torino.
- DAHL T., LEWIS D.R. (1975), *Random Sampling Device Used in Time Management Study*, Evaluation, vol. 2(2), pagg. 20-22.
- DEL VECCHIO M. (2000), «La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica*, 2/3, pagg. 159-168.
- DEL VECCHIO M., BARBIERI M. (2001), «I processi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca», *Mecosan*, 38.
- DE MARTIN G.C. (A CURA DI) (1999), *Il nuovo assetto del lavoro pubblico. Bilanci della prima tornata contrattuale, nodi problematici e prospettive*, Franco Angeli, Milano.
- DRUCKER P.F. (1954), *The practice of management*, New York, Harper & Row.
- DRUCKER P.F. (1989), «What Business Can Learn from Nonprofits», *Harvard Business Review*, July-August, pagg. 2-7.
- ENDRICI G. (2000), *Il potere di scelta: le nomine tra politica e amministrazione*, Il Mulino, Bologna.
- FARNETI G. (1996), «Le aziende pubbliche nella ricerca e nella didattica: alcune riflessioni», *Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale*, 5-6, pagg. 226-233.
- FAYOL H. (1949), *General and Industrial Management*, trans. Constance Storrs, London, Pitman Publishers, First published in French in 1916 (Administration industrielle et generale, Paris).
- FERRARIS FRANCESCHI R. (1978), *L'indagine metodologica in Economia Aziendale*, Giuffrè, Milano.
- FLANAGAN J.C. (1951), «Defining the Requirements of the Executive's job», *Personnel*, n. 28, 28-35.
- GOLINELLI G.M. (1994), *Struttura e governo dell'impresa*, Cedam, Padova.
- GRANDORI A. (1995), *Organizzazione e comportamento economico*, Il Mulino, Bologna.
- GULICK L. (1937a), «Notes on the Theory of Organization», in Gulick L., Urwick L. (eds.), *Papers on the Science of Administration*, Institute of Public Administration, Columbia University Press., New York, pagg. 1-45.
- GULICK L. (1937b), «Science, Values and Public Administration», in Gulick L., Urwick L. (eds.), *Papers on the Science of Administration*, Institute of Public Administration, Columbia University Press., New York, pagg. 189-195.
- HINRICH S. J.R. (1964), «Communications Activity of Industrial Research Personnel», *Personnel Psychology*, vol. 17, pagg. 193-204.
- HINRICH S. J.R. (1976), «Where has all the time gone?», *Personnel*, vol. 54, n. 4, pagg. 44-49.
- HIRSCHMAN A. (1997), *Exit, Voice and Loyalty*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- HODGSON R.C., LEVINSON D.J., ZALEZNICK A. (1965), *The Executive Role Constellation: An Analysis of Personality and Role Relations in Management*, Harvard Business School, Division of Research, Boston, MA.
- HORNE J.H., LUPTON T. (1965), «The Work Activities of "Middle" Managers», *The Journal of Management Studies*, vol. I, n. 2, pagg. 14-33.
- HOSKISSON ROBERT E., DAPHNE YIU, HINCHEON KIM (2000), «Capital and labour market congruence and corporate governance: effects on corporate innovation and global competitiveness», in



- Stephen S. Cohen-Gavin Boyd (eds), *Corporate Governance and Globalization. Long Range Planning Issues*, Edward Elgar, Northampton, MA, USA, pagg. 129-154
- KELLY J. (1964), «The Study of Executive Behaviour by Activity Sampling», *Human Relations*, 17, pagg. 277-287.
- KOONTZ H., O'DONNELL C. (1972), *Principles of Management: An Analysis of Managerial Functions*, McGraw-Hill, New York, 5<sup>a</sup> edition.
- KOTTER J.P. (1982), *The General Manager*, Free Press, New York.
- KOTTER J.P., LAWRENCE P.R. (1974), *Mayors in Action: Five Approaches to Urban Governance*, John Wiley, New York.
- KURKE L.B., ALDRICH H.E. (1983), «Mintzberg was right! A replication and extension of the nature of managerial work», *Management Science*, vol. 29, n. 8, August, pagg. 975-984.
- LAWLER E.E., PORTER L.W., TENNENBAUM A. (1968), «Manager's attitudes toward interaction episodes», *Journal of Applied Psychology*, vol. 52, pagg. 432-439.
- LAZZARI V. (2001), «Corporate Governance: fondamenti, aspetti controversi e prospettive future», *Economia e Management*, 3, maggio-giugno, pagg. 71-84.
- LEGA F. (1999), «Dai principi del new public management al rinnovamento della pubblica amministrazione: un'analisi comparata dei meccanismi di trasferimento e diffusione dell'innovazione», in Meneguzzo M. (a cura di), *Managerialità, innovazione e governance. La P.A. verso il 2000*, Aracne, Roma.
- LINNÉ VON C. (1737), *Genera Plantarum*.
- LIZZA F. (1992), *Break-even analysis e controllo di gestione*, Clua.
- LUPTON T. (1973), *Management and the Social Sciences*, Penguin Educator, Harmondsworth, Middlesex.
- MARCON G. (1988), «Programmazione e processi decisionali», in AA.VV., *Pubblica amministrazione. Prospettive aziendali di analisi di intervento*, Accademia Italiana di Economia Aziendale, Giuffrè, Milano.
- MARPLES D.L. (1968), «Roles in a Manufacturing Organization», *The Journal of Management Studies*, vol. II, pagg. 183-204.
- MATACENA A. (1984), *Impresa e ambiente. Il «Bilancio Sociale»*, Clueb, Bologna.
- MCCALL M.W., MORRISON M.A., HANNAN R.L. (1978), *Studies of Managerial Work: Results and Methods*, Centre for Creative Leadership, Technical Report n. 9, North Carolina, 27402, May.
- MINTZBERG H. (1968), «The Manager's Job, Folklore and Fact», *Harvard Business Review*, July-Aug. pagg. 49-61.
- MINTZBERG H. (1973), *The Nature of Managerial Work*, Harper Collins Publishers, New York.
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- MINTZBERG H. (1983), *Power in and around organizations*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- MUSSARI R. (1994), *Il management delle aziende pubbliche*, Cedam, Padova.
- NEWMAN W.H. (1951), *Administrative Action: The Technique of Organization and Management*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- OECD (1997), *Performance Pay Schemes for Public Sector Managers. An Evaluation of the Impacts*, Paris.
- PANATI G. (1998), *Interrogativi in tema di teologia dell'imprenditorialità*, CUEIM, Verona.
- PAOLINI A. (1995), «L'analisi del quadro ambientale», in L. Marchi, A. Paolini, A. Quagli, *Strumenti di analisi gestionale. Il profilo strategico*, Giappichelli, Torino.
- PAOLONE G. (1998), *Il bilancio di esercizio*, Giappichelli, Torino.
- POLAND O.F. (1971), «Why Does Public Administration Ignore Evaluation?», *Public Administration Review*, vol. 31, n. 2, pagg. 201-202.
- RAJAN R., ZINGALES L. (1997), «Power in a theory of the firm», *Quarterly Journal of Economics*, vol. 108, pagg. 387-432.
- RANDOM HOUSE DICTIONARY (1970), New York.
- RUFFINI R. (1995), «La gestione strategica del personale nelle Aziende Usl», *Azienda Pubblica*, pagg. 7-37.
- SARGIACOMO M. (2000), «The Dean's Job: Myth and Reality», Atti del International Conference at Derby, *Quality in Higher Education in the New Millennium*, UK, 24-25 August.
- SARGIACOMO M. (2001), *Il comportamento manageriale dei presidi delle Facoltà di economia e di scienze statistiche nel corso della riforma universitaria: profili teorici ed evidenze empiriche*, Campus, Pescara.
- SAYLES L.R. (1964), *Managerial Behaviour: Administration in Complex Organization*, McGraw-Hill, New York.
- SHARTLE C.L. (1949), «Leadership and executive performance», *Personnel*, vol. 25, pagg. 370-380.
- SIMON H.A. (1947), *Administrative Behaviour*, McMillan, New York.
- SIMON H.A. (1965), *Shape of Automation*, Harper & Row, New York.
- SIMON H.A., RIDLEY C.E. (1938), *Measuring Municipal Activities*, International City Managers' Association, Chicago.
- STEWART R. (1967), *Managers and their jobs: A study of the similarities and differences in the ways managers spend their time*, London, Macmillan.
- STEWART R. (1976), *Contrasts in Management: A Study of Different Types of Managers Jobs; Their Demand and Choices*, McGraw-Hill, London.
- STEWART R. (1984), «The Nature of Management? A Problem for Management Education», *Journal of Management Studies*, vol. 21, n. 3, July 323-330.
- STEWART R. (1989), «Studies of managerial jobs and behaviour: the ways forward», *Journal of Management Studies*, vol. 26, n. 1, January, pagg. 1-10.
- TAYLOR F.W. (1919), *The Principles of Scientific Management*, Wiley, New York.
- TERZANI S. (1999), *Lineamenti di pianificazione e controllo*, Cedam, Padova.
- TERRY G.R. (1953), *Principles of Management*, Irwin, Homewood Ill.
- THOMASON G.F. (1966), «Managerial Work Roles and Relationships (part I)», *Journal of Management Studies*, vol. 3, pagg. 270-284.
- THOMASON G.F. (1967), «Managerial Work Roles and Relationships (part II)», *Journal of Management Studies*, vol. 4, pagg. 17-30.
- WILSON W. (1887), «The study of Administration», *Political Science Quarterly Review*.

# ANALISI DEI COSTI DELLA SOMMINISTRAZIONE DI ALBUMINA UMANA NEL PAZIENTE CIRROTICO CON ASCITE

Giovanni Fattore<sup>1</sup>, Carlo Lazzaro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SDA-CeRGAS

<sup>2</sup> CeRGAS

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Materiali e strumenti di analisi - 3. Risultati - 4. Discussione e conclusioni.

*The use of albumin in the Italian NHS is under discussion since the Commissione Unica del Farmaco (CUF) limited its use outside hospital setting in 1998. Part of the discussion is generated by the absence of strong scientific evidence supporting its clinical benefits. Nevertheless, this drug is widely used and physicians claim its utility in the treatment of various conditions. As a result, one of expected outcomes of the limitations introduced by the CUF may be the increase of its use in hospital setting. On the basis of a survey of 36 specialists (gastroenterology, internal medicine and hepatology) we built three economic scenarios on the administration of albumin in cirrhotic patients (with ascites) comparing hospital setting to domiciliary setting. According to the answers to the questionnaire, the use of albumin in domiciliary setting is associated to lesser admissions and shorter length of stay, but to higher community care costs. Our economic estimates suggest that, once valued beneficial by clinicians, albumin administration is more efficient in domiciliary setting. Nevertheless, evidence resulting from an appropriate clinical-economic study is needed to verify this hypothesis.*

## 1. Introduzione

La modifica (I revisione) della nota 15 della Commissione unica del farmaco (CUF), apportata dal medesimo organismo in data 7 agosto 1998, ha sostanzialmente limitato la rimborsabilità della prescrizione extraospedaliera di albumina, condizionandola al livello di concentrazione plasmatica uguale o inferiore a 2,5 g/dL (Ministero della sanità, 1999). Tale provvedimento ha rappresentato l'occasione per formalizzare, sulla scorta di esperienze e contributi scientifici esteri (Vermeulen L.C. *et al.*, 1995; Gines A. *et al.*, 1996; Sort P. *et al.*, 1999; Guevara M. *et al.*, 1998), uno studio finalizzato alla formulazione di linee-guida cliniche ed economiche sull'utilizzo di albumina in Italia, con particolare riguardo all'impiego nel paziente cirrotico con ascite.

Tale progetto di ricerca ha inteso valutare l'impatto socio-economico

della restrizione della terapia domiciliare con albumina nel paziente cirrotico con ascite, attraverso un modello per la determinazione retrospettiva dei costi sanitari riferiti a percorsi assistenziali alternativi. Quale prerequisito al documento sopra menzionato, nel periodo settembre 1999-febbraio 2000 è stata condotta un'indagine conoscitiva, denominata *Studio Delphi Albumina*, tendente a raccogliere, attraverso la somministrazione di due successivi questionari, le opinioni di un gruppo di esperti intorno alla appropriatezza e sulle implicazioni terapeutiche del trattamento con albumina in pazienti con cirrosi ed ascite, che ha coinvolto complessivamente 68 centri specialistici (gastroenterologia, epatologia e medicina interna), universitari ed ospedalieri, attivi sul territorio nazionale.

Sulla base delle risposte ottenute da 36 dei 68 centri specialistici parteci-

panti all'iniziativa (tasso di ritorno dei questionari: 52,9%), le osservazioni che possono essere formulate intorno agli aspetti di economia sanitaria riguardano, principalmente, i rapporti tra somministrazione di albumina e variazione nel consumo di altre risorse sanitarie coinvolte nel processo assistenziale dispensato al paziente cirrotico con ascite, sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero.

Tali punti saranno commentati nei paragrafi successivi, sulla scorta delle risposte ai quesiti presentate nella sezione «Domande Quantitative» del report finale dello *Studio Delphi Albumina*, elaborato da Think Tank in data 10 febbraio 2000. In particolare, saranno descritti i metodi ed i risultati di un ipotetico confronto, in termini di consumo di risorse sanitarie, tra somministrazione di albumina in sede nosocomiale e territoriale.

Pare inoltre opportuno ricordare che, anche a seguito dei risultati emersi dal *report* finale dello *Studio Delphi Albumina*, la nota 15 CUF è stata ulteriormente modificata (II revisione), rimuovendo, tra l'altro, la soglia di albuminemia quale vincolo alla concecibilità di tale emoderivato in ambito territoriale da parte del Servizio sanitario nazionale (Ssn); permangono, invece, le raccomandazioni intorno all'appropriatezza dell'utilizzo (Ministero della sanità, 2000).

Gli autori ritengono che il presente articolo costituisca un esempio applicativo della valutazione economica dei farmaci nel quale, pur in assenza di studi economico-sanitari con dati primari, l'elaborazione delle informazioni disponibili possa essere annoverata tra gli elementi idonei a supportare processi decisionali di indubbia complessità, quali quelli posti in essere dalla CUF in tema di rimborsabilità delle specialità farmaceutiche.

## 2. Materiali e strumenti di analisi

L'articolo utilizza la metodologia dell'analisi dei costi (Gold M.R., Siegel J.E., Russel L.B., Weinstein M.C., 1996; Drummond M.F., O'Brien B.J., Stoddart G.L., Torrance G.W., 1997), di pertinenza del settore sanitario, non affrontando, pertanto, l'impatto delle diverse strategie sul consumo di tempo libero o lavorativo e sull'utilizzo di servizi di tipo non sanitario eventualmente sperimentati dai pazienti e dai loro familiari.

I dati quantitativi necessari alla valorizzazione delle risorse sono stati desunti dal patrimonio informativo veicolato attraverso le copie ritornate compilate del I e del II questionario dello *Studio Delphi Albumina*; ciascuna opzione di risposta è stata ponderata per la frequenza ad essa relativa. Copia dei risultati dell'indagine è disponibile presso gli autori.

Il costo del trattamento con albumina è stato ricavato dall'aggiornamento più recente de *L'Informatore Farmaceutico* (2001a). Nella simulazione proposta nei successivi paragrafi è stato ipotizzato l'impiego di albumina 50 ml al 20%, dal momento che, in Italia, tale confezione è la più frequentemente presente nei listini delle aziende produttrici (*L'Informatore Farmaceutico*, 2001b); per semplicità sono state escluse le confezioni del principio attivo provviste di siringa o *set* per infusione.

L'ospedalizzazione del paziente cirrotico con ascite è stata valorizzata sulla base della media del costo pieno giornaliero di 4 reparti di medicina generale operanti presso l'Ospedale Maggiore - Policlinico di Milano (2001). Trattandosi di un indicatore espressivo del valore economico della totalità delle risorse coinvolte nella produzione di una giornata di ricovero, si è ipotizzato che esso includesse anche il costo del trattamento con albumina e delle risorse sanitarie necessarie alla somministrazione di tale principio attivo.

La gestione territoriale del paziente cirrotico con ascite è stata monetizzata utilizzando il costo pieno per giornata di degenza domiciliare erogata dal Pio Albergo Trivulzio (PAT), realtà assistenziale dell'area milanese (Noto V., 1997); a tale importo, depurato dal costo giornaliero dei farmaci, è stato sommato il costo/die relativo alla somministrazione di albumina, calcolato separatamente sulla base dei dati desunti dalle fonti sopra menzionate (*L'Informatore Farmaceutico*, 2001a, 2001b).

Sono stati esclusi dall'analisi i costi relativi alla prima visita medica alla quale i pazienti si sottopongono, poiché ritenuti non differenziali tra i contesti assistenziali comparati.

Inoltre, non sono stati valorizzati i costi sanitari relativi alle complicanze

nelle quali il paziente cirrotico con ascite possa eventualmente incorrere.

Con la sola eccezione del costo di albumina, relativo all'anno corrente (*L'Informatore Farmaceutico*, 2001a), le variabili economiche analizzate si riferiscono al 2000; gli adeguamenti eventualmente necessari sono stati realizzati mediante l'indice dei prezzi al consumo Istat per i servizi sanitari e le spese per la salute (Sistema statistico nazionale. Istituto nazionale di statistica, 2001).

Coerentemente a quanto stabilito da recenti linee-guida (Gold M.R., Siegel J.E., Russel L.B., Weinstein M.C., 1996; Drummond M.F., O'Brien B.J., Stoddart G.L., Torrance G.W., 1997; Attanasio E. *et al.*, 1999), alla procedura di attualizzazione dei costi maturati nel futuro, eseguita nell'analisi di sensibilità, si è applicato un tasso sociale di sconto, espresso in termini reali, del 3%. Nella realizzazione dell'analisi economica si è seguita la prospettiva del Ssn.

### 2.1. Precondizioni alla valorizzazione delle risorse sanitarie: disamina di alcune risposte fornite dai clinici

Le affermazioni indicate ai punti successivi, sintetizzano le opinioni espresse da 36 dei 68 centri partecipanti allo *Studio Delphi Albumina* intorno a tre tematiche suscettibili di valutazione economica proposte nei questionari; tra parentesi sono indicati gli estremi identificativi delle domande alle quali il parere dei clinici si riferisce. Ciascuna risposta ha generato un corrispondente scenario di ricerca:

— *I scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera*: il 46% dei questionari pervenuti indica come le limitazioni alla prescrizione di albumina sul territorio, ex I revisione della nota 15 CUF (Ministero della sanità, 1999), abbiano aumentato la perma-

nenza del paziente all'interno delle strutture ospedaliere; il valore medio relativo al prolungamento della degenza è pari a 2,6 giorni (*range*: 2; 8) (domande 5a e 5b *report* finale *Studio Delphi Albumina*);

— *Il scenario - Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza*: secondo il 77% delle schede compilate, la somministrazione di albumina in ambito ospedaliero comporta una riduzione della permanenza del paziente all'interno della realtà sanitaria che l'esperienza dei clinici interpellati ha consentito di quantificare in un periodo di tempo mediamente pari a 4,13 giorni (*range*: 2; 8) (domande 6a e 6b *report* finale *Studio Delphi Albumina*);

— *III scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sul ricorso al ricovero ospedaliero*: dal 48% dei questionari completati risulta che, nel corso del 1999, le limitazioni alle prescrizioni di albumina sul territorio ex I revisione della nota 15 CUF (Ministero della sanità, 1999) abbiano aumentato il ricorso al ricovero ospedaliero in misura mediamente pari al 16% (*range*: 7,5%; 30%) rispetto al 1998 (domande 8a e 8b *report* finale *Studio Delphi Albumina*).

## 2.2. Modello di analisi

Le informazioni descritte ai paragrafi precedenti, unitamente alle risposte riportate nei questionari restituiti dai clinici interpellati, offrono l'opportunità di elaborare un modello articolato in scenari, attraverso il quale determinare ed analizzare i costi attribuibili alle diverse strategie di somministrazione di albumina.

Il modello si fonda su tre tipologie di ipotesi, dettagliate in tabella 1.

*Ipotesi assistenziali*: si è assunto che il paziente possa essere trattato in-

differentemente in ambito ospedaliero o domiciliare, con i medesimi livelli quali-quantitativi di competenza, risorse e sicurezza.

Pertanto, nell'analisi di base, per ciascuna delle risposte indicate al paragrafo precedente, si sono simulati i costi relativi al trattamento intra ed extraospedaliero del paziente, considerando tali opzioni come percorsi assistenziali alternativi.

Per quanto riguarda il *I scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera* (domande 5a e 5b *report* finale *Studio Delphi Albumina*), si sono paragonati i costi differenziali per 2,6 giorni (*range*: 2; 8) di terapia in contesto ospedaliero e domiciliare. In altri termini, si è stimato l'impatto economico conseguente alla scelta di prolungare/non prolungare l'ospedalizzazione convenzionale del malato per un periodo pari a 2,6 giorni.

Con la medesima metodologia, considerando il *II scenario - Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza* (domande 6a e 6b *report* finale *Studio Delphi Albumina*), si è ipotizzato che il trattamento della patologia proseguisse al domicilio dell'assistito per un periodo di tempo corrispondente alla mancata degenza media, pari a 4,13 giorni (*range*: 2; 8), e si è determinata la differenza dei costi connessi alla deospedalizzazione del processo terapeutico rispetto alla prosecuzione della terapia in sede nosocomiale.

L'ipotesi sottostante a tale scenario è per altro coerente con i risultati di un recente studio clinico condotto in Italia (Gentilini P. *et al.*, 1999).

Per quanto concerne, invece, il *III scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sul ricorso al ricovero ospedaliero* (domande 8a e 8b *report* finale *Studio Delphi Albumina*), si è determinata la differenza tra i costi complessivi inerenti all'ospeda-

lizzazione ed alla domiciliarizzazione dell'assistito, supponendo che la dispensazione dell'emoderivato sul territorio avrebbe consentito di curare il paziente presso il luogo di residenza anziché in ospedale, evitando, in tal modo, l'incremento delle ospedalizzazioni riportato dai clinici, pari al 16% (*range*: 7,5%; 30%) rispetto all'anno precedente alla I revisione della nota 15 CUF (Ministero della sanità, 1999). In particolare, nell'analisi di base si è contemplato un solo ricovero annuo di 10,8 giorni, pari alla durata media del ricovero ordinario registrata per tale patologia secondo le Schede di dimissione ospedaliera (SDO) attribuite al Drg 202 - Cirrosi ed epatite alcoolica (Ministero della sanità, 1997) nei reparti ospedalieri italiani appartenenti a strutture pubbliche e private accreditate nel corso del 1999 (Ministero della sanità, 2001).

*Ipotesi temporali ed epidemiologiche*: l'analisi di base si compone di due parti. Nella prima parte si è determinata la differenza di costo tra le alternative paragonate (ospedale vs. domicilio) nell'ipotesi di un singolo episodio di ricovero nel corso di un periodo di osservazione di 12 mesi. Nella seconda parte, si sono proiettate, sulla casistica totale di pazienti affetti da cirrosi con ascite (*I e II scenario*) o sull'incremento dei ricoveri per tale patologia riferito dai clinici (*III scenario*), le differenze di costo tra ospedalizzazione convenzionale e domiciliare emerse nella prima parte. Non essendo disponibili casistiche sulla quantità di pazienti affetti da tale patologia, si è ipotizzato che, tra le 57.569 dimissioni relative al Drg 202 - Cirrosi ed epatite alcoolica (Ministero della sanità, 1997) nel corso del 1999 (Ministero della sanità, 2001), il 10%, pari a circa 5.757 casi, si riferisse a cirrosi con ascite. Dal momento che, per il 1999, le SDO ricevute dal Ministero

della salute si riferiscono a 1.388 strutture sanitarie su 1.478 (93,9%) (Ministero della sanità, 2001), il numero di cirrotici stimati per il medesimo anno è stato aumentato del 6,1%, per un totale di 6.108 pazienti.

Analogamente, sulla base delle SDO inerenti al Drg 202 (Ministero della sanità, 1997, 2001), corrette per la percentuale di strutture sanitarie non censite ed attraverso il procedimento illustrato in appendice, si è proceduto a stimare in 651/anno il numero dei ricoveri addizionali registrati per tale patologia.

*Ipotesi economiche:* i costi relativi alla infusione di albumina ed alle restanti risorse sanitarie attivate a motivo del trattamento del paziente cirrotico con ascite, sono stati calcolati utilizzando le fonti precedentemente menzionate e le modalità indicate al paragrafo successivo.

Gli scenari proposti sono stati elaborati sistematizzando le ipotesi di ricerca sopra elencate con l'ausilio di un software (Microsoft Excel® Versione '97).

### 2.3. Determinazione dei costi ed analisi di sensibilità

La posologia giornaliera di albumina è stata ricavata da *L'Informatore Farmaceutico* (2001b). Il costo del principio attivo, valorizzato separatamente solo per la somministrazione domiciliare, è stato calcolato ipotizzando la cessione al pubblico a prezzo pieno (*L'Informatore Farmaceutico*, 2001a), malgrado tale farmaco risulti attualmente a carico del Ssn se utilizzato in determinate indicazioni terapeutiche, tra le quali la cirrosi con ascite (Ministero della sanità, 2000).

Il consumo giornaliero di albumina è stato determinato applicando la posologia media di 1,5 ml/kg. indicata ne

*L'Informatore Farmaceutico* (2001b) ad un individuo-tipo di 70 kg, per un fabbisogno/die di albumina pari a ml 105. Moltiplicando tale valore per la media aritmetica dei prezzi delle diverse denominazioni commerciali da 50 ml al 20% attualmente in commercio in Italia (*L'Informatore Farmaceutico*, 2001a), il costo medio giornaliero di albumina è stato calcolato in lire 170.940 (tabella 1).

Ciascuno dei giorni trascorsi in regime di ricovero ordinario è stato valorizzato al costo medio di lire 618.250 (range: lire 563.000; lire 744.000), valore registrato presso i reparti di medicina generale dell'Ospedale Maggiore - Policlinico di Milano (2001) (tabella 1).

Per quanto concerne i costi sanitari relativi alla gestione extraospedaliera del paziente cirrotico con ascite, il costo di una giornata di ospedalizzazione domiciliare è stato stimato in lire 171.720 (Noto V., 1997) (tabella 1). Tali costi comprendono non solo il tempo dedicato dal personale sanitario alla somministrazione dell'emoderivato ed il materiale accessorio relativo a tale atto sanitario, ma anche gli accertamenti laboratoristici e strumentali finalizzati al monitoraggio delle condizioni dell'assistito. A tale importo è stato addizionato il costo giornaliero di albumina, pari a lire 170.940 (*L'Informatore Farmaceutico*, 2001a), per un costo totale di lire 357.183, quando espresso a valori 2000 (Sistema statistico nazionale. Istituto nazionale di statistica, 2001) (tabella 1).

Data l'incertezza che caratterizza i parametri utilizzati nelle valutazioni economiche, al fine di testare la robustezza dei risultati ottenuti applicando le ipotesi di partenza (tabella 2) è stata effettuata un'analisi di sensibilità (Gold M.R., Siegel J.E., Russel L.B., Weinstein M.C., 1996; Drummond M.F., O'Brien B.J., Stoddart G.L., Torrance G.W., 1997), che ha preso

in considerazione il numero di ricoveri/anno, la diminuzione della degenza a motivo della somministrazione ospedaliera di albumina quale risulta da uno studio italiano di recente pubblicazione (Gentilini P. *et al.*, 1999), la durata della degenza e l'incremento nel ricorso al ricovero ospedaliero, il costo pieno per giornata di permanenza in un reparto di medicina generale e al domicilio, la durata di ciascuno degli scenari proposti nell'analisi di base ed il tasso di sconto, variabili cruciali per programmi sanitari rivolti a patologie a decorso cronico. I riscontri dell'analisi di sensibilità sono presentati separatamente con riferimento ad un singolo paziente (*I e II scenario*) o ricovero (*III scenario*) ed alla casistica complessiva di 6.108 pazienti (*I e II scenario*) o 651 ricoveri (*III scenario*) (tabelle 3-8).

## 3. Risultati

### 3.1. Analisi di base

I risultati ottenuti nell'analisi di base sono di seguito dettagliati per ciascuna delle direttrici di ricerca considerate.

*I scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera:* nell'ipotesi di un unico ricovero annuo, il prolungamento medio della degenza ospedaliera conseguente alla restrizione alla concedibilità sul territorio di albumina nel paziente ascitico, pari a 2,6 giorni, è stato valorizzato in lire 1.655.674 (tabelle 1, 2 e 3). Qualora il malato fosse trattato al domicilio, l'importo in questione sarebbe pari a lire 928.676 (tabelle 1, 2 e 3), con un risparmio per assistito pari a lire 726.998 (tabelle 2 e 3). Qualora, come ipotizzato al paragrafo precedente, 6.108 pazienti affetti da cirrosi con ascite fossero avviati alla domicilia-

Tabella 1 - Elementi per il calcolo dei costi delle strategie confrontate

Tipologia dato	Valore	Fonte
Costo medio/die non inflazionato degenza reparto di medicina generale (1)	618.250 lire 1999	Ospedale Maggiore di Milano (2001)
Costo medio/die non inflazionato ospedalizzazione domiciliare (escluso il costo/die albumina)	171.720 lire 1997	Noto V. (1997)
Costo terapeutico giornaliero albumina 50 ml. 20% (2) (solo per il contesto domiciliare)	170.940 lire 2001	L'Informatore Farmaceutico (2001a,b)
Costo medio/die ospedalizzazione domiciliare (comprensivo del costo/die albumina)	357.183 lire 2000	L'Informatore Farmaceutico (2001a,b); Ospedale Maggiore di Milano (2001); Noto V. (1997); Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica (2001)
Aumento degenza nosocomiale causa restrizioni su prescrizioni territoriali di albumina ex nota 15 CUF Valori ponderati per la percentuale delle risposte fornite nel <i>report</i> finale <i>Studio Delphi Albumina</i>	Durata media (giorni): 2,6 Costo medio ospedalizzazione convenzionale: 1.655.674 lire 2000	Ospedale Maggiore di Milano (2001); Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica (2001)
Diminuzione degenza nosocomiale causa somministrazione ospedaliera di albumina Valori ponderati per la percentuale delle risposte fornite nel <i>report</i> finale <i>Studio Delphi Albumina</i>	Durata media (giorni): 4,13 Costo medio ospedalizzazione convenzionale: 2.629.974 lire 2000	Ospedale Maggiore di Milano, (2001); Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica (2001)
Aumento ricorso al ricovero ospedaliero causa restrizioni su prescrizioni territoriali di albumina ex nota 15 CUF (3) (4) Valori ponderati per la percentuale delle risposte fornite nel <i>report</i> finale <i>Studio Delphi Albumina</i>	Durata media (giorni): 10,8 Costo medio ospedalizzazione convenzionale: 6.877.418 lire 2000	Ospedale Maggiore di Milano, (2001); Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica (2001)
	Costo medio ospedalizzazione domiciliare + albumina: 928.676 lire 2000	L'Informatore Farmaceutico (2001a,b); Noto V. (1997); Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica (2001)
	Costo medio ospedalizzazione domiciliare + albumina: 1.475.166 lire 2000	L'Informatore Farmaceutico, (2001a,b); Noto V. (1997); Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica (2001)
	Costo medio ospedalizzazione domiciliare + albumina: 3.857.576 lire 2000	L'Informatore Farmaceutico, (2001a,b); Noto V., (1997); Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica (2001)

(1) 1,5 ml./kg./die, ipotizzando un soggetto dal peso di 70 kg., per un fabbisogno giornaliero di albumina di 105 ml., pari a 2,1 confezioni dal costo unitario di lire 81.400 (L'Informatore Farmaceutico, 2001b).  
(2) Comprende, per ipotesi, il costo di albumina.  
(3) Aumento medio ricorso al ricovero ospedaliero: + 16% (*report* finale *Studio Delphi Albumina*).  
(4) Durata media ricovero ospedaliero per cirrosi ed epatite alcolica come da Schede di dimissione ospedaliera 1999 (Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario, 2001).

rizzazione, il risparmio complessivo per il Ssn approssimerebbe lire 4,4 miliardi annui (tabelle 2 e 4).

*Il scenario - Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza:* alla prosecuzione della terapia con albumina in sede domiciliare, anziché ospedaliera, per un periodo pari a 4,13 giorni, si associa un risparmio per paziente pari a

lire 1.154.808 (tabelle 2 e 5) nell'ipotesi di un unico ricovero annuo; quando proiettato su 6.108 cirrotici con ascite, il risparmio complessivo per il Ssn risulta pari a circa lire 7,1 miliardi (tabelle 2 e 6).

*III scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sul ricorso al ricovero ospedaliero:* supponendo un solo ricovero annuo, di durata media

pari a 10,8 giorni (Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario, 2001), si registrano minori costi, pari a lire 3.019.842, a favore dell'ospedalizzazione domiciliare (tabelle 2 e 7); se relativo a 651 ricoveri, il risparmio complessivo per il Ssn conseguente all'adozione di quest'ultima opzione ammonterebbe a lire 2 miliardi (tabelle 2 e 8).

### 3.2. Analisi di sensibilità

Le numerose ipotesi utilizzate nell'analisi di sensibilità confermano i risultati ottenuti con gli assunti iniziali: la somministrazione territoriale di albumina, nell'ambito di un programma di ospedalizzazione domiciliare, si dimostra costantemente più efficiente dell'alternativa rilevante, costituita dalla gestione nosocomiale del paziente cirrotico con ascite (tabelle 3-8). Di seguito si riportano, per brevità, soltanto i risultati relativi al II scenario di ricerca (*Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza*) (tabelle 5 e 6).

Ipotizzando un unico ricovero durante un anno di terapia con albumina, valorizzando ciascuna giornata di degenza convenzionale utilizzando alternativamente l'estremo inferiore e superiore del costo pieno fornito dalla fonte precedentemente citata (Ospedale Maggiore di Milano, 2001), il risparmio a favore della assistenza domiciliare del paziente cirrotico con ascite è pari a lire 919.780 ed a lire 1.689.736, rispettivamente (tabella 5); tali importi eguagliano lire 5,6 miliardi e lire 10,3 miliardi quando riferiti a 6.108 casi (tabella 6).

La maggiore efficienza economica che si accompagna alla somministrazione domiciliare di albumina permane pertanto valida per la totalità delle ipotesi introdotte nell'analisi di sensibilità, riferita a questo scenario (tabelle 5 e 6).

Mentre l'importo di lire 445.414 rappresenta il minimo risparmio ottenuto indirizzando il paziente verso la gestione domiciliare anziché all'ospedalizzazione convenzionale, supponendo, in un periodo di un anno, un solo ricovero di durata pari a 2 giorni (limite inferiore riduzione ospedalizzazione convenzionale), il massimo risparmio riferito al medesimo perio-

do di osservazione si verifica, invece, considerando il limite superiore alla riduzione dell'ospedalizzazione convenzionale, pari ad 8 giorni (- lire 3.273.096 vs. ospedalizzazione convenzionale) (tabella 5).

Considerando le medesime ipotesi, ma riferendo i risparmi a favore della

ospedalizzazione domiciliare a 6.108 pazienti, gli importi in questione approssimano lire 2,7 miliardi e lire 20 miliardi (tabella 6).

Variazioni indotte nella durata del periodo di trattamento del paziente cirrotico con ascite non sembrano influire sui risultati dell'analisi di base

**Tabella 2 - Costi del trattamento farmacologico con albumina (lire 2000)**

<i>Analisi di base</i>			
Voci di costo	Ospedalizzazione convenzionale (A)	Ospedalizzazione domiciliare (B)	Δ (A-B)
<i>I scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera. Ampiezza scenario: 1 anno - 1 ricovero/anno</i>			
<b>Costi medi per paziente</b>			
Albumina	—	444.444	—
Altre risorse sanitarie	—	484.232	—
<b>Totale</b>	<b>1.655.674</b>	<b>928.676</b>	<b>726.998</b>
<i>Proiezione costi su 6.108 pazienti affetti da cirrosi con ascite</i>			
Albumina	—	2.714.663.952	—
Altre risorse sanitarie	—	2.957.853.432	—
<b>Totale</b>	<b>10.113.149.846</b>	<b>5.672.517.384</b>	<b>4.440.632.463</b>
<i>II scenario - Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza. Ampiezza scenario: 1 anno - 1 ricovero/anno</i>			
<b>Costi medi per paziente</b>			
Albumina	—	705.982	—
Altre risorse sanitarie	—	769.184	—
<b>Totale</b>	<b>2.629.974</b>	<b>1.475.166</b>	<b>1.154.808</b>
<i>Proiezione costi su 6.108 pazienti affetti da cirrosi con ascite</i>			
Albumina	—	4.312.138.056	—
Altre risorse sanitarie	—	4.698.436.976	—
<b>Totale</b>	<b>16.064.346.697</b>	<b>9.010.575.032</b>	<b>7.053.771.665</b>
<i>III scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sul ricorso al ricovero ospedaliero. Ampiezza scenario: 1 anno - 1 ricovero/anno</i>			
<b>Costi medi per ricovero</b>			
Albumina	—	1.846.152	—
Altre risorse sanitarie	—	2.011.424	—
<b>Totale</b>	<b>6.877.418</b>	<b>3.857.576</b>	<b>3.019.842</b>
<i>Proiezione costi su 651 ricoveri addizionali per cirrosi con ascite come da indicazioni dei clinici</i>			
Albumina	—	1.135.383.480	—
Altre risorse sanitarie	—	1.237.026.006	—
<b>Totale</b>	<b>4.477.199.118</b>	<b>2.511.281.976</b>	<b>1.965.917.142</b>

(tabelle 5 e 6). Applicando un tasso di attualizzazione del 3%, il risparmio per paziente trattato con albumina sul territorio si conferma economicamente più efficiente (- lire 5.447.343 vs. ospedalizzazione convenzionale) dopo 5 anni di terapia con un solo ricovero/anno (tabella 5). Con riferimento a 6.108 cirrotici, il risparmio complessivo per il Ssn approssima lire 33,3 miliardi (tabella 6).

Anche qualora non si proceda ad attualizzazione, l'analisi di sensibilità sottolinea i minori costi connessi alla terapia domiciliare con albumina; infatti, applicando un tasso di sconto pari a 0 e supponendo un unico ricovero annuo, il risparmio a favore dell'opzione territoriale ammonta a lire 5.774.040 dopo 5 anni di trattamento (tabella 5) ed a lire 35,3 miliardi qualora si considerino 6.108 pazienti (tabella 6).

A proposito di tali ipotesi di durata pluriennale del trattamento, si è considerato che il paziente fosse avviato, alternativamente, alla ospedalizzazione convenzionale o domiciliare, non contemplando la possibilità che il malato potesse, nel corso del quinquennio, mutare contesto di diagnosi e cura.

#### 4. Discussione e conclusioni

Il progetto di ricerca presentato nelle pagine precedenti ha inteso proporre un modello per la determinazione retrospettiva dei costi sanitari relativi alla somministrazione di albumina in pazienti affetti da cirrosi scompensata, assistiti in ospedale od al domicilio.

Una prima cautela dovrebbe pertanto accompagnare la lettura dei risultati: gli scenari elaborati nelle analisi di base costituiscono il portato e soffrono i limiti delle ipotesi poste a fondamento di essi.

La metodologia più appropriata per valutare i profili economici delle di-

verse modalità di erogazione dell'assistenza al paziente cirrotico con ascite avrebbe dovuto, verosimilmente, indirizzarsi verso uno studio dedicato, con *follow-up* adeguato e con rilevazione contestuale dei dati di ordine clinico ed economico-sanitario.

Alla impossibilità di realizzare tale sperimentazione, si è ovviato con la costruzione di un modello di analisi che, integrando con alcuni indicatori di costo i pareri qualificati ed i dati

forniti dai partecipanti allo *Studio Delphi Albumina*, consentisse di articolare una simulazione avente come oggetto il confronto tra somministrazione ospedaliera e territoriale di albumina in termini di consumo differenziale di risorse.

Il modello in questione è caratterizzato da almeno due aree ad elevata criticità.

La prima di queste riguarda la metodologia di indagine concordata al-

Tabella 3 - Analisi di sensibilità (I). Costi del trattamento farmacologico con albumina (lire 2000)

I scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera - 1 ricovero/anno			
Costi medi per paziente			
Ipotesi di analisi	Ospedalizzazione convenzionale (A)	Ospedalizzazione domiciliare (B)	Δ (A-B)
<i>Analisi di base - Ampiezza scenario: 1 anno</i>	1.655.674	928.676	726.998
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 1 anno</i>			
<i>Costo/die ospedalizzazione domiciliare + 50% (esclusa albumina) (lire 450.305)</i>	1.655.674	1.170.793	484.881
<i>Limite inferiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 579.890)</i>	1.507.714	928.676	579.038
<i>Limite superiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 766.320)</i>	1.992.432	928.676	1.063.576
<i>Limite inferiore prolungamento ospedalizzazione convenzionale (2 giorni)</i>	1.159.780	714.366	445.414
<i>Limite superiore prolungamento ospedalizzazione convenzionale (8 giorni)</i>	6.130.560	2.857.464	3.273.096
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 5 anni</i>			
<i>Attualizzato (tasso di sconto: 3%)</i>	7.809.977	4.380.656	3.429.321
<i>Non attualizzato</i>	8.278.370	4.643.380	3.634.990



l'interno del comitato di coordinamento dello *Studio Delphi Albumina*. La ricerca è stata concepita come analisi dello stato dell'arte, rilevato nel nostro Paese tramite un campione di clinici, sulla gestione del paziente cirrotico con ascite nel periodo successivo alla introduzione della I revisione della nota 15 CUF, limitante la prescrizione e l'impiego di albumina sul territorio (Ministero della sanità, 1999). In particolare, per quanto riguarda la sezione economico-sanitaria dei questionari, alla quale il presente contributo si riferisce, le opinioni degli esperti, necessariamente obbligate al rispetto della forma tendenzialmente «chiusa» delle opzioni di risposta, non hanno consentito di apprezzare possibili difformità quali-quantitative nell'utilizzo delle risorse sanitarie allocate al trattamento del paziente cirrotico scompensato nelle diverse realtà sanitarie coinvolte nel progetto di ricerca.

Al tema della quantificazione e della successiva valorizzazione dei fattori produttivi inerenti al processo assistenziale rivolto a tale tipologia di malato, si collega un secondo possibile limite.

Gli *standard* monetari impiegati per tradurre in costi il prolungamento della degenza ospedaliera o l'aumentato ricorso al ricovero convenzionale riscontrati a seguito della entrata in vigore della I revisione della nota 15 CUF (Ministero della sanità, 1999) o, per converso, la diminuita permanenza nosocomiale del paziente a motivo della somministrazione ospedaliera di albumina, si riferiscono ai reparti di medicina generale di un'unica realtà sanitaria: l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Se da un lato tale scelta ha consentito di procedere ad una valorizzazione delle risorse tecnicamente corretta, utilizzando un indicatore economico (costo pieno per giornata di degenza) e

non una sua discutibile approssimazione (tariffa Drg per ricovero), resta inteso che tale riferimento monetario ha indotto a trascurare le inevitabili peculiarità delle strutture di costo dei diversi centri arruolati nello studio.

Per quanto riguarda la dimensione economica relativa alla somministrazione territoriale di albumina al paziente cirrotico con ascite, si è fatto riferimento al costo pieno per giornata di degenza domiciliare registrato pres-

so una realtà da tempo attiva nel settore dell'assistenza sanitaria deospedalizzata — il PAT — la cui casistica annovera, tra gli altri, pazienti affetti da cirrosi scompensata (Noto V., 1997); è probabile che simili organizzazioni non siano distribuite in maniera omogenea sul territorio nazionale. D'altro canto, la semplice monetizzazione dell'impegno assistenziale profuso dal medico di medicina generale, avrebbe comportato l'impossibilità di

**Tabella 4 - Analisi di sensibilità (II). Costi del trattamento farmacologico con albumina (lire 2000)**

I scenario - <i>Impatto della I revisione della nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera - 1 ricovero/anno</i>			
<i>Proiezione costi su 6.108 pazienti affetti da cirrosi con ascite</i>			
Ipotesi di analisi	Ospedalizzazione convenzionale (A)	Ospedalizzazione domiciliare (B)	Δ (A-B)
<i>Analisi di base - Ampiezza scenario: 1 anno</i>			
	10.113.149.846	5.672.517.384	4.440.632.463
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 1 anno</i>			
<i>Costo/die ospedalizzazione domiciliare + 50% (esclusa albumina) (lire 450.305)</i>			
	10.113.149.846	7.151.410.874	2.961.738.972
<i>Limite inferiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 579.890)</i>			
	9.209.383.977	5.672.517.384	3.536.866.594
<i>Limite superiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 766.320)</i>			
	12.170.127.316	5.672.517.384	6.497.609.933
<i>Limite inferiore prolungamento ospedalizzazione convenzionale (2 giorni)</i>			
	7.084.141.521	4.363.473.971	2.720.667.550
<i>Limite superiore prolungamento ospedalizzazione convenzionale (8 giorni)</i>			
	37.446.545.589	17.453.895.883	19.992.649.706
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 5 anni</i>			
<i>Attualizzato (tasso di sconto: 3%)</i>			
	47.704.722.987	26.757.822.690	20.946.900.297
<i>Non attualizzato</i>			
	50.565.749.231	28.362.586.918	22.203.162.313

stimare altri fattori produttivi complementari all'opera del sanitario ed al trattamento con albumina, quali, ad esempio, gli esami ematochimici ed i consulti domiciliari di altri specialisti.

Inoltre, avendo privilegiato la monetizzazione delle risorse inerenti all'area terapeutica del processo sanitario, il modello non consente alcuna riflessione sull'impatto, possibilmente dissimile, indotto dalle opzioni assistenziali paragonate sul tempo lavorativo o libero del paziente e degli eventuali *care-giver*, nonché sulla necessità di prestazioni assistenziali di ordine non sanitario. La medesima considerazione vale per la mancata valorizzazione delle risorse, di pertinenza degli assistiti e delle loro famiglie, relative ai trasferimenti del paziente e di eventuali accompagnatori, dal domicilio al luogo di cura e viceversa.

Fatti salvi i limiti e le cautele interpretative sopra argomentate, gli scenari elaborati nell'analisi di base paiono concordi nel delineare un profilo economico tendenzialmente favorevole alla somministrazione di albumina in sede extraospedaliera (tabelle 2-8).

In particolare, quando confrontato con l'istituzionalizzazione del paziente cirrotico scompensato, un programma di ospedalizzazione domiciliare consentirebbe, dopo 1 anno di terapia, un risparmio che, nell'ipotesi di 1 ricovero annuo, risulterebbe compreso tra lire 0,7 milioni (*I scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera*) e lire 3 milioni (*III scenario - Impatto I revisione della nota 15 CUF sul ricorso al ricovero ospedaliero*), malgrado il costo più elevato che l'acquisto di albumina sul territorio comporterebbe per il Ssn (tabelle 2, 3 e 7).

Riferendo tali importi a 6.108 casi, la differenza di costi tra ospedalizzazione convenzionale e domiciliare risulta compresa tra lire 4,4 miliardi (*I scenario - Impatto della I revisione*

**Tabella 5 - Analisi di sensibilità (III). Costi del trattamento farmacologico con albumina (lire 2000)**

Il scenario - <i>Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza - I ricovero/anno</i>			
Costi medi per paziente			
Ipotesi di analisi	Ospedalizzazione convenzionale (A)	Ospedalizzazione domiciliare (B)	Δ (A-B)
<i>Analisi di base - Ampiezza scenario: 1 anno</i>			
	2.629.974	1.475.166	1.154.808
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 1 anno</i>			
<i>Costo/die ospedalizzazione domiciliare + 50% (esclusa albumina) (lire 450.305)</i>			
	2.629.974	1.859.760	770.214
<i>Limite inferiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 579.890)</i>			
	2.394.946	1.475.166	919.780
<i>Limite superiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 766.320)</i>			
	3.164.902	1.475.166	1.689.736
<i>Limite inferiore riduzione ospedalizzazione convenzionale (2 giorni)</i>			
	1.159.780	714.366	445.414
<i>Limite superiore riduzione ospedalizzazione convenzionale (8 giorni)</i>			
	6.130.560	2.857.464	3.273.096
<i>Ipotesi di riduzione ospedalizzazione convenzionale nel primo episodio di ricovero come da studio italiano pubblicato (1) (2)</i>			
	1.961.336	886.864	1.074.472
<i>Ipotesi di riduzione ospedalizzazione convenzionale nei successivi episodi di ricovero come da studio italiano pubblicato (1) (3)</i>			
	1.504.835	680.447	824.388
<i>Analisi di sensibilità- Ampiezza scenario: 5 anni</i>			
<i>Attualizzato (tasso di sconto: 3%)</i>			
	12.405.846	6.958.503	5.447.343
<i>Non attualizzato</i>			
	13.149.870	7.375.830	5.774.040

(1) Gli Autori hanno somministrato ai pazienti arruolati in un braccio dello studio 12,5 g. di albumina/die, pari ad 1 confezione da 50 ml. al 25%, dal costo unitario di lire 101.700 (L'Informatore Farmaceutico, 2001a).

(2) La riduzione media della degenza nei pazienti sottoposti ad infusione di albumina durante il primo episodio di ospedalizzazione è risultata pari a 4 giorni (Gentilini P. et al., 1999).

(3) La riduzione media della degenza nel 33% dei pazienti sottoposti ad infusione di albumina durante episodi di ospedalizzazione successivi al primo è risultata pari a 9,3 giorni (Gentilini P. et al., 1999).

della nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera) e lire 7,1 miliardi (II scenario - Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza) (tabelle 2, 4 e 6).

L'ampio ricorso all'analisi di sensibilità ha sostanzialmente confermato i risultati ottenuti con l'analisi di base ed induce a ritenere che essi possano considerarsi sostanzialmente robusti, vale a dire attendibili. In particolare, considerando esclusivamente le ipotesi che prevedono un unico ricovero nel corso di 12 mesi di terapia con albumina, il risparmio minimo a favore dell'opzione domiciliare di trattamento del paziente con cirrosi scompensata eguaglia lire 445.414, ottenuto sostituendo alle ipotesi dell'analisi di base il limite inferiore del prolungamento della degenza ospedaliera (I scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera) o, indifferentemente, il limite inferiore alla riduzione della degenza ospedaliera (II scenario - Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza); per entrambi gli scenari, infatti, il valore in questione è pari a 2 giorni (tabelle 3 e 5). Il massimo risparmio, pari a lire 9.897.260, si registra, invece, raddoppiando il costo dell'ospedalizzazione convenzionale nell'ultimo degli scenari proposti (III scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sul ricorso al ricovero ospedaliero) (tabella 7).

Soltanto quando si imponga una riduzione del 50% al costo pieno per giornata di istituzionalizzazione tradizionale, mantenendo costante l'ipotesi di un unico episodio di ricovero, l'analisi di sensibilità presenta maggiori costi per l'ospedalizzazione domiciliare durante 1 anno di terapia, pari a lire 418.867 (tabella 7); se riferiti a 651 ricoveri, tali importi eguaglierebbero lire 272,7 milioni (tabella 8).

**Tabella 6 - Analisi di sensibilità (IV). Costi del trattamento farmacologico con albumina (lire 2000)**

Il scenario - Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza - 1 ricovero/anno			
Proiezione dei costi su 6.108 pazienti affetti da cirrosi con ascite			
Ipotesi di analisi	Ospedalizzazione convenzionale (A)	Ospedalizzazione domiciliare (B)	Δ (A-B)
<i>Analisi di base - Ampiezza scenario: 1 anno</i>	16.064.346.697	9.010.575.032	7.053.771.665
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 1 anno</i>			
<i>Costo/die ospedalizzazione domiciliare + 50% (esclusa albumina) (lire 450.305)</i>	16.064.346.697	11.359.743.258	4.704.603.440
<i>Limite inferiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 579.890)</i>	14.628.754.073	9.010.575.032	5.618.179.041
<i>Limite superiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 766.320)</i>	19.331.781.604	9.010.575.032	10.321.206.571
<i>Limite inferiore riduzione ospedalizzazione convenzionale (2 giorni)</i>	7.084.141.521	4.363.473.971	2.720.667.550
<i>Limite superiore riduzione ospedalizzazione convenzionale (8 giorni)</i>	37.446.545.589	17.453.895.883	19.992.649.706
<i>Ipotesi di riduzione ospedalizzazione convenzionale nel primo episodio di ricovero come da studio italiano pubblicato (1) (2)</i>	11.980.187.444	5.417.122.287	6.563.065.158
<i>Ipotesi di riduzione ospedalizzazione convenzionale nei successivi episodi di ricovero come da studio italiano pubblicato (1) (3)</i>	9.191.798.536	4.156.290.715	5.035.507.821
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 5 anni</i>			
<i>Attualizzazione (tasso di sconto: 3%)</i>	75.777.104.148	42.503.769.094	33.273.335.055
<i>Non attualizzazione</i>	80.321.733.487	45.052.875.162	35.268.858.325

(1) Gli Autori hanno somministrato ai pazienti arruolati in un braccio dello studio 12,5 g. di albumina/die, pari ad 1 confezione da 50 ml. al 25%, dal costo unitario di lire 101.700 (L'Informatore Farmaceutico, 2001a).

(2) La riduzione media della degenza nei pazienti sottoposti ad infusione di albumina durante il primo episodio di ospedalizzazione è risultata pari a 4 giorni (Gentilini P. et al., 1999).

(3) La riduzione media della degenza nel 33% dei pazienti sottoposti ad infusione di albumina durante episodi di ospedalizzazione successivi al primo è risultata pari a 9,3 giorni (Gentilini P. et al., 1999).

La scarsità delle risorse disponibili per la tutela della salute impone di integrare il giudizio di appropriatezza clinica dei programmi sanitari con una valutazione della loro razionalità economica. In particolare, la recente normativa in tema di rimborsabilità e prezzi dei farmaci richiede di evidenziare l'impatto della terapia sulla spesa farmaceutica di competenza del Ssn (Fattore G., Jommi C., 1997).

Sulla scorta dei risultati dell'analisi di sensibilità, sembra possibile formulare un'ipotesi di impegno economico del Ssn relativamente all'adozione della somministrazione domiciliare di albumina in alternativa alla somministrazione ospedaliera convenzionale.

Nel 1999, secondo le più recenti statistiche elaborate dal Ministero della salute, tra i ricoveri ordinari per acuti le ospedalizzazioni per cirrosi ed epatite alcolica - Drg 202 (Ministero della sanità, 1997) occupavano il 38° posto nei primi 60 Drg per numerosità delle dimissioni, con 57.569 casi a livello nazionale (Ministero della sanità, 2001). Come indicato ai paragrafi precedenti, la casistica attribuibile alla cirrosi scompensata è stata determinata considerando che a tale patologia fosse attribuibile il 10% delle SDO riferite al 1999, pari a circa 5.757 pazienti. Tale risultato è stato poi corretto per la percentuale (6,1%) delle strutture sanitarie non comprese nella elaborazione nazionale delle SDO 1999 operata dal Ministero della salute (Ministero della sanità, 2001), per un totale stimato di 6.108 dimissioni per cirrosi con ascite, valore utilizzato nell'analisi esposta ai paragrafi precedenti. Qualora, formulando un'ipotesi meno conservativa, il 30% della casistica totale riferita al Drg 202, aggiustata per le strutture sanitarie non osservate, fosse costituito da pazienti cirrotici con ascite, questi ultimi, se seguiti al domicilio, consentirebbero, a seconda degli scenari elaborati nel

presente contributo, un risparmio complessivo per il Ssn pari a lire 5,9 miliardi (*III scenario - Impatto della I<sup>a</sup> revisione della nota 15 CUF sul ricorso al ricovero ospedaliero*), a lire 21,2 miliardi (*II scenario - Impatto della somministrazione ospedaliera di albumina sulla durata della degenza*) o, ancora, a lire 13,3 miliardi (*I scenario - Impatto della I revisione della*

*nota 15 CUF sulla durata della degenza ospedaliera*), nell'ipotesi che il paziente sia sottoposto a 1 ricovero per un periodo di trattamento pari a 12 mesi.

In conclusione, malgrado i caveat precedentemente dettagliati e sottolineando i limiti delle ipotesi formulate nella simulazione descritta ai paragrafi precedenti, i risultati ottenuti sugge-

**Tabella 7 - Analisi di sensibilità (V). Costi del trattamento farmacologico con albumina (lire 2000)**

III scenario - Impatto della I revisione della nota 15 CUF sul ricorso al ricovero ospedaliero - 1 ricovero/anno			
Costi medi per ricovero			
Ipotesi di analisi	Ospedalizzazione convenzionale (A)	Ospedalizzazione domiciliare (B)	Δ (A-B)
<i>Analisi di base - Ampiezza scenario: 1 anno</i>	6.877.418	3.857.576	3.019.842
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 1 anno</i>			
<i>Costo/die ospedalizzazione domiciliare + 50% (esclusa albumina) (lire 450.305)</i>	6.877.418	4.863.294	2.014.119
<i>Limite inferiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 579.890)</i>	6.262.812	3.857.576	2.405.236
<i>Limite superiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 766.320)</i>	8.276.256	3.857.576	4.418.680
<i>Costo/die ospedalizzazione convenzionale: - 50% (lire 318.399)</i>	3.438.709	3.857.576	-418.867
<i>Costo/die ospedalizzazione convenzionale: + 50% (lire 955.197)</i>	10.316.127	3.857.576	6.458.551
<i>Costo/die ospedalizzazione convenzionale: + 100% (lire 1.273.596)</i>	13.754.836	3.857.576	9.897.260
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 5 anni</i>			
<i>Attualizzato (tasso di sconto: 3%)</i>	32.441.457	18.196.566	16.849.834
<i>Non attualizzato</i>	34.387.090	19.287.880	18.119.052

riscono l'esistenza di un razionale anche economico a supporto dell'impiego di albumina sul territorio. In particolare, anche astraendo dalla fattispecie regolatoria costituita dalla nota 15 CUF e relative modifiche (Ministero della sanità, 1999, 2000), i risparmi a favore della gestione domiciliare del paziente, risultanti dai diversi scenari proposti, paiono fornire un ulteriore spunto di riflessione sui costi di gestione della cirrosi scompensata, a supporto delle attuali tendenze di incentivazione alla deistituzionalizzazione di determinate patologie, recepite, per altro, da alcuni recenti Piani sanitari regionali per il triennio 2000-2002 (Vanara F., 2000).

È tuttavia doveroso rammentare che, per addivenire ad un giudizio definitivo intorno alla maggiore efficienza economica del trattamento domiciliare rispetto al trattamento ospedaliero della cirrosi scompensata, appaiono necessarie ulteriori verifiche empiriche, attraverso studi economico-sanitari prospettici di confronto volti a verificare, tra l'altro, la distribuzione territoriale di programmi di gestione domiciliare del paziente cirrotico con ascite, condizione indispensabile affinché tale modello assistenziale possa proporsi come alternativa, percorribile ed economicamente razionale, all'ospedalizzazione.

Gli Autori, che rimangono i soli responsabili di quanto riportato nelle pagine precedenti, hanno maturato un debito di riconoscenza nei confronti dei clinici che hanno partecipato allo studio: Ajello A. (Messina); Albano O. (Bari); Almasio P. (Palermo); Angeli P. (Padova); Angioli D. (Arezzo); Angelico M. (Roma); Ascione A. (Napoli); Attili A. (Roma); Benedetti A. (Ancona); Bernardi M. (Bologna); Bianchi F. (Bologna); Bissoli F. (Magenta); Bolondi L. (Bologna); Bonino F. (Cisanello); Borzio M. (Milano); Capocaccia L. (Roma); Caporaso N. (Napoli); Carratù R. (Napoli); Carulli N. (Modena); Chiaramonte M. (L'Aquila); Colombo M. (Milano); Consolo F.

(Messina); Conte D. (Milano); Corbosiero L. (Napoli); Craxi A. (Palermo); Consoli F. (Prato); Dal Monte P. (Bologna); Dentico P. (Bari); Fattovich G. (Verona); Fiaccadori F. (Parma);

Fiorelli G. (Milano); Fornaciari G. (Reggio Emilia); Gaeta GB. (Napoli); Galeazzi R. (Ancona); Gasbarrini G. (Roma); Gentilini P. (Firenze), coordinatore dello studio; Ideo G. (Mi-

**Tabella 8 - Analisi di sensibilità (VI). Costi del trattamento farmacologico con albumina (lire 2000)**

III scenario - <i>Impatto della 1 revisione della nota 15 CUF sul ricorso al ricovero ospedaliero - 1 ricovero/anno</i>			
<i>Proiezione costi su 651 ricoveri addizionali per cirrosi con ascite come da indicazioni dei clinici</i>			
Ipotesi di analisi	Ospedalizzazione convenzionale (A)	Ospedalizzazione domiciliare (B)	Δ (A-B)
<i>Analisi di base - Ampiezza scenario: 1 anno</i>			
	4.477.199.118	2.511.281.976	1.965.917.142
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 1 anno</i>			
<i>Costo/die ospedalizzazione domiciliare: + 50% (esclusa albumina) (lire 450.305)</i>			
	4.477.199.118	3.166.004.394	1.311.191.469
<i>Limite inferiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 579.890)</i>			
	4.077.090.612	2.511.281.976	1.565.808.636
<i>Limite superiore costo/die ospedalizzazione convenzionale (lire 766.320)</i>			
	5.387.842.656	2.511.281.976	2.876.560.680
<i>Costo/die ospedalizzazione convenzionale: - 50% (lire 318.399)</i>			
	2.238.599.559	2.511.281.976	-272.682.417
<i>Costo/die ospedalizzazione convenzionale: + 50% (lire 955.197)</i>			
	6.715.798.677	2.511.281.976	4.204.516.701
<i>Costo/die ospedalizzazione convenzionale: + 100% (lire 1.273.596)</i>			
	8.954.398.236	2.511.281.976	6.443.116.260
<i>Limite inferiore aumentato ricorso al ricovero ospedaliero (7,5%)</i>			
	2.730.334.946	1.531.457.672	1.198.877.274
<i>Limite superiore aumentato ricorso al ricovero ospedaliero (30%)</i>			
	7.358.837.260	4.127.606.320	3.231.230.940
<i>Analisi di sensibilità - Ampiezza scenario: 5 anni</i>			
<i>Attualizzato (tasso di sconto: 3%)</i>			
	21.119.388.809	11.845.964.198	10.969.242.007
<i>Non attualizzato</i>			
	22.385.995.590	12.556.409.880	11.795.502.852

lano); La Villa G. (Firenze); Laffi G. (Firenze); Malaguti P. (Bologna); Manenti F. (Modena); Manghisi O.G. (Castellana Grotte); Minoli G. (Como); Morelli A. (Perugia); Naccarato R. (Padova); Okoliciani L. (Parma); Pacini F. (Firenze); Piccinino F. (Napoli); Pilleri G. (Cagliari); Podda M. (Milano); Puoti C. (Genzano); Quartini M. (Terni); Raimondo G. (Messina); Riggio O. (Roma); Roda E. (Bologna); Roffi L. (Sondrio); Ruggiero G. (Napoli); Salerno F. (Milano); Salmi A. (Brescia); Sangiovanni A. (Como); Surrenti C. (Firenze); Tallarico L. (Napoli); Toigo G. (Trieste); Tommasini M. (Rozzano); Valentini R. (Genova); Randelli C. (Modena); Ventura E. (Modena); Verme G. (Torino).

Gli Autori desiderano inoltre ringraziare Aventis Behring S.p.A., Baxter S.p.A., Grifols Italia S.p.A., Kedrion S.p.A., Nuovo Istituto Sieroterapico Milanese - NISM S.r.l., per il supporto finanziario alla realizzazione del progetto di ricerca al quale il presente articolo si riferisce.

#### BIBLIOGRAFIA

- ATTANASIO E. ET AL. (1999), «Raccomandazioni per la conduzione degli studi di farmacoeconomia: la Guida GISF», *Mecosan*, 29, pp.: 65-72.
- DRUMMOND M.F., O'BRIEN B.J., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (1997), *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2nd ed), Oxford University Press, New York.
- FATTORE G., JOMMI C. (1997), «Il prezzo dei farmaci innovativi tra regolazione pubblica e mercato», *Mecosan*, 22; 103-111.
- GENTILINI P. ET AL. (1999), «Albumin improves the response to diuretics in patients with cirrhosis and ascites: results of a randomized, controlled trial», *Journal of Hepatology*, 29, pp. 1-7.
- GINES A. ET AL. (1996), «Randomized Trial Comparing Albumin, Dextran 70, and Polygeline in Cirrhotic Patients with Ascites Treated by Paracentesis», *Gastroenterology*, 111, pp. 1002-1010.
- GOLD M.R., SIEGEL J.E., RUSSEL L.B., WEINSTEIN M.C. (1996), *Cost-effectiveness in health and medicine*, Oxford University Press, New York.
- GUEVARA M. ET AL. (1998), «Reversibility of Hepatorenal Syndrome by Prolonged Administration of Ornipressin and Plasma Volume Expansion», *Hepatology*, 27, 1.
- L'INFORMATORE FARMACEUTICO (2001a) (61a ed), 6° aggiornamento, luglio, OEMF, Milano.
- L'INFORMATORE FARMACEUTICO (2001b) (61a ed), OEMF, Milano.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1997), Decreto ministeriale n. 178 del 30 giugno 1997, aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994, *supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 209 dell'8 settembre 1997, serie generale*.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1999), Dipartimento per la valutazione dei farmaci e la farmacovigilanza. Note CUF Roma: <http://www.sanita.it/farmaci>.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2000), Decreto ministeriale n. 4 del 22 dicembre 2000. Revisione delle note riportate nel provvedimento 30 dicembre 1993 di riclassificazione dei medicinali e successive modificazioni. *Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 7 del 10 gennaio 2001, serie generale*.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2001), Sistema informativo sanitario. SDO. I dati delle S.D.O. File dati delle S.D.O., Roma: <http://www.sanita.it/sdo/software/datisdo.htm>.
- NOTO V. (1997), *L'ospedalizzazione domiciliare geriatrica. Un quadriennio di esperienza del Pio Albergo Trivulzio*, Centro Studi Cure Domiciliari, Milano.
- OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO (2001), *Rapporto di gestione di 1999*, Milano.
- SISTEMA STATISTICO NAZIONALE. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2001), *Indici nazionali dei prezzi al consumo per l'intera collettività, per capitolo di spesa*, Roma: <http://www.istat.it/Anumital/Astatset/prez.htm>.
- SORT P. ET AL. (1999), «Effect of Intravenous Albumin on Renal Impairment and Mortality in Patients with Cirrhosis and Spontaneous Bacterial Peritonitis», *The New England Journal of Medicine*, 341, 6.
- THINK TANK (2000), «Report finale Studio Delphi Albumina. Documento finale elaborato sulle risposte di 36 centri specialistici sul territorio nazionale», documento non pubblicato, febbraio, Milano.
- VANARA F. (2000), «La programmazione dell'assistenza ospedaliera». In Falcitelli N., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di), *Rapporto sanità 2000*, il Mulino, Bologna.
- VERMEULEN L.C. ET AL. (1995), «A paradigm for consensus. The University Hospital Consortium Guidelines for the use of albumin, nonprotein colloid and crystalloid solutions», *Archives of Internal Medicines*, 155, pp: 373-9.

## Appendice

### Procedimento di stima del numero dei ricoveri aggiuntivi per pazienti cirrotici con ascite

A	N. diagnosi di dimissione per DRG 202 - Cirrosi ed epatite alcolica nel 1999	57.569
B	N. pazienti (pz.) affetti da cirrosi con ascite sul totale dimissioni DRG 202 - Cirrosi ed epatite alcolica nel 1999 (stima degli Autori)	10%
C	Correzione n. pz. affetti da cirrosi con ascite per n. strutture sanitarie non censite relativamente alle dimissioni 1999	6,1%
D	Aumento medio ricorso al ricovero ospedaliero per pz. affetti da cirrosi con ascite, come stimato dai clinici	16%
E	N. pz. affetti da cirrosi con ascite [(A*B)*1,061*1,16]	7.085
F	N. ricoveri ospedalieri aggiuntivi per pz. affetti da cirrosi con ascite (E-A)	1.328
G	% di clinici che riferisce di un incremento dei ricoveri ospedalieri per pz. affetti da cirrosi con ascite	49%
H	N. ricoveri ospedalieri aggiuntivi per pz. affetti da cirrosi con ascite corretto per la % di clinici (F*G)	651

# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

# ASSENZE, INIDONEITÀ E INVALIDITÀ: ALCUNE EVIDENZE DA UNA AZIENDA OSPEDALIERA

P. Tofanini<sup>1</sup>, G.P. Cabella<sup>1</sup>, G. Forno<sup>1</sup>, M. Marchini<sup>2</sup>, M. Crotti<sup>2</sup>, M.C. Ferraris<sup>2</sup>, M. Desperati<sup>3</sup>, A. Cotroneo<sup>3</sup>, F. Gandini<sup>3</sup>, E. Brusasco<sup>4</sup>, A. Martinotti<sup>5</sup>, F. Ferrando<sup>6</sup>

Azienda Ospedaliera «Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo» - Alessandria

1 Direzione Generale

2 U.O.A. Personale

3 Direzione Medica dei Presidi

4 U.O.n.A. - Organizzazione Sviluppo Risorse Umane e Formazione Professionale

5 U.O.n.A. Controllo di Gestione

6 U.O.n.A. Legale

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. L'idoneità psico-fisica - 3. Gli infortuni - 4. Gli interventi aziendali: formazione e investimenti in sicurezza.

## 1. Premessa

La «trasformazione» in effettiva disponibilità di una teorica capacità produttiva rappresentata dagli operatori in forza a una certa azienda è condizionata da un complesso insieme di variabili. Alcune di queste sono da considerarsi di carattere fisiologico, e in qualche misura incompressibili, altre invece sono espressive di situazioni e comportamenti su cui è possibile intervenire al fine di recuperare margini di capacità operativa fondamentali oggi anche per le aziende pubbliche. Ogni intervento in questa direzione deve comunque basarsi su una preventiva e adeguata conoscenza dei fenomeni in questione, delle loro dimensioni quantitative e qualitative.

In questo quadro l'azienda ospedaliera «Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo» di Alessandria ha da alcuni anni intrapreso un'opera di monitoraggio del fenomeno dell'assenteismo e messo in campo alcune specifiche iniziative.

Una prima indagine, pubblicata nel 2000 (ASI maggio 2000) ha riguardato il fenomeno complessivo delle assenze, della mancata presenza a qualunque titolo sul posto di lavoro. Da

quella indagine relativa agli anni '98 e '99 risultava come su una disponibilità teorica media per anno di circa 478.000 giorni lavorativi (tabella 1) si registrassero circa 168.000 giornate di mancata presenza a qualunque titolo e che di queste circa la metà fossero dovute a vere e proprie assenze (grafico 1). Con queste osservazioni non si intendeva, evidentemente, equiparare le assenze al fenomeno del cosiddetto assenteismo, quanto sottolineare il peso anche economico che la mancata erogazione di prestazione lavorative comporta per l'azienda e l'importanza di mettere in atto tutti gli interventi in grado di ridurre il fenomeno.

A seguito di quella indagine, e con il medesimo spirito, sono stati affrontati altri due problemi che influenzano il rapporto tra personale in servizio e capacità produttiva dello stesso: quello della inidoneità e degli infortuni.

## 2. L'idoneità psico-fisica

Sarebbe assai noioso e anche inutile elencare pedissequamente tutte le norme che costituiscono riferimento e regolano la nostra vita lavorativa in questo ambito, tuttavia riteniamo indispensabile fare alcuni riferimenti alle disposizioni più importanti e al modello organizzativo che sovrintende, a vari livelli, la garanzia e la certezza di salute del pubblico dipendente.

Il settore Medicina preventiva dell'Azienda ospedaliera è stato istituito nel 1989 con il compito di effettuare la sorveglianza sanitaria del personale dipendente esposto a rischi lavorativi.

All'epoca venivano sottoposti a controlli periodici i dipendenti esposti a rischio biologico (punture e contaminazioni accidentali), a rischio da gas anestetici (in ossequio alla circolare n. 5/89 del Ministero della sanità), a

Tabella 1 - Ore di lavoro/anno

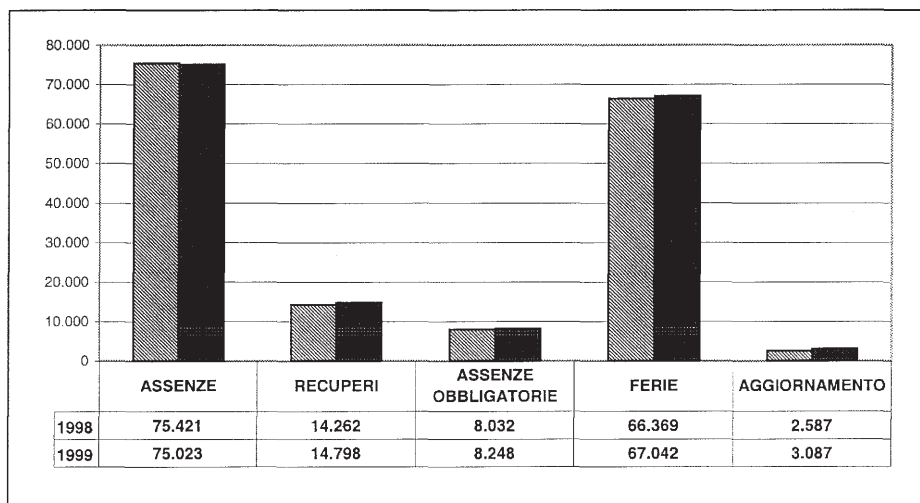
Categoria	N.	Ore/anno pro-capite	Ore totali	Giorni totali (*)	N.B.
Dirigenza	355	1.748	620.540	77.567	(*) Dirigenza 8 h./die
Comparto	1.692	1.656	2.801.952	400.278	(*) Comparto 7 h./die
<b>Totale</b>	<b>2.047</b>	<b>1702 (§)</b>	<b>3.4225.492</b>	<b>477.845</b>	(§) Media



rischio chimico (Xilolo e Benzene in Anatomia patologica) e a rischio rumore. Con la pubblicazione del D.L.vo 626/94 venne identificata la figura del medico competente e la sorveglianza fu estesa al personale dipendente esposto a tutti i fattori di rischio (videoterminali, movimentazione manuale dei carichi, ecc.).

Questa figura è di solito uno specialista in Igiene e Medicina preventiva, in Medicina del lavoro o è un medico inserito negli elenchi regionali dei medici competenti e, pur essendo nell'organico della Direzione medica di presidio, nella nostra azienda ospedaliera è di strutturata in *staff* alla Direzione generale. Tra gli adempimenti previsti dal D.L.vo 626/94 per il medico competente una funzione delicata svolta è la stesura dei giudizi di idoneità parziale o totale alle mansioni svolte dal dipendente in relazione alla mappatura dei fattori di rischio stilata dal Servizio di prevenzione e protezione aziendale. Il giudizio che viene espresso dopo l'effettuazione di una serie di accertamenti preventivi tesi ad accertare la compatibilità tra le condizioni psico-fisiche di un soggetto ed un particolare lavoro e di accertamenti periodici finalizzati a verificare nel tempo il permanere delle suddette condizioni psico-fisiche. Le difficoltà per il medico competente scaturiscono dalla tipologia di mansioni specifiche del personale sanitario soprattutto per quel che concerne il rischio da movimentazione manuale dei carichi (Mmc). Infatti le mansioni svolte dal medico, dal personale infermieristico e dal personale ausiliario non sono ripetitive e non possono essere quantificate in modo matematico essendo legate al paziente e alle diverse patologie che lo possono riguardare. Pertanto, formulando un giudizio di idoneità alla Mmc in assenza di una valutazione precisa e dettagliata del rischio in questione, si tende a garantire

Grafico 1 - Assenze a vario titolo



nella maniera più ampia possibile il dipendente limitando al massimo le sue mansioni.

Risulta evidente come il maggior numero di idonei appartenga alla qualifica degli AUSS; per tale qualifica il rischio da Mmc è molto elevato in quanto le mansioni specifiche prevedono la mobilitazione del paziente in tutte le sue forme nonché la mobilitazione di presidi e materiali vari. Inoltre la fascia d'età più interessata è quella compresa tra i 38 e i 50 anni in dipendenti, mediamente, con oltre 15 anni di servizio prestato nella qualifica di appartenenza; del totale di ausiliari idonei, 27 sono stati ricollocati in altre UU.OO.AA. dove non è presente il rischio da Mmc dove svolgono tutte le mansioni previste; 19 sono rimasti nella U.O.A. di appartenenza con mansioni ridotte compensate dal rimanente personale.

È chiaro come tale situazione incida pesantemente sull'organizzazione del lavoro presso l'Azienda ospedaliera e come la risoluzione del problema non sia facile: occorre sottolineare che in tutte le Unità operative a carattere sanitario sono sempre presenti, ma con pesi diversi, i fattori di rischio Biologico e Mmc mentre possono essere

presenti o meno fattori di rischio chimico di diversa natura (gas anestetici, xilolo, disinfettanti, citostatici, ecc.); tutto ciò rende indispensabile (come del resto prevede la normativa vigente) che lo spostamento di ogni dipendente da una Unità operativa all'altra sia preceduto dalla visita e dal relativo giudizio di idoneità alle mansioni specifiche da parte del medico competente.

Relativamente alle altre tipologie di idoneità i numeri sono molto bassi e pertanto incidono relativamente sull'organizzazione del lavoro, tenendo presente che presso l'Azienda ospedaliera le varie strutture ed attività sono a norma rispetto a quanto dettato dal D.L.vo 626/94.

La messa a norma delle sale operatorie ha avvicinato allo zero il rischio da gas anestetici; la preparazione dei farmaci antiblastici è stata centralizzata in locali a norma con personale formato e addestrato miratamente; la U.O.A. di anatomia patologica opera in ambienti strutturati a norma e così pure la U.O.A. di microbiologia ed il laboratorio analisi (sistemi di condizionamento dell'aria, cappe con filtri assoluti, e quant'altro previsto dalla normativa vigente).

Tabella 2 - Inidonei per qualifica. Quadro sintetico

Qualifica	Totale inidonei definitivi	Totale inidonei temporanei	Ricollocati in altra U.O.A.	Nella stessa U.O.A. con mansioni diverse	% sul totale	% ricollocati
Auss	46		27	19	24,33	14,2
Ause	3	2	4	1	11,9	9,5
Operatore tecnico	8		6	2	8,7	5
Ota	3		1	2	2	0,6
Inf. generici	4		2	2	5,1	2,5
Inf. professionali	12	2	8	6	2,6	1,4
Vigilatrici	3	1	2	2	4,1	2
Commesso	1			1	0,8	0
Ostetrica	1			1	11,1	0
Coad. amministrativo	1			1	0,4	0
Tsrm	3			3	5	0
Elettricista	1		1		12,5	12,5
Medico	1			1	0,3	0
<b>Totale</b>	<b>87</b>	<b>5</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>4,3</b>	<b>2,5</b>

Tabella 3 - Inidonei per tipologia

Qualifica	MMC	MMC/SE	Biologo	Lattice	Metalli	Chimico	Orario	Qualifica mansioni
Auss	23	14	2					3
Ause	2	2			1			
Operatore tecnico	2	1						3
Ota	1	2			1			
Inf. generici	2	2						1
Inf. professionali	6	5		1			1	3
Vigilatrici	3						1	
Commesso		1						
Ostetrica	1							
Coad. amministrativo								1
Tsrm	2	1						
Elettricista								1
Medico							1	
<b>Totale</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		<b>3</b>	<b>12</b>

L'amministrazione ha assegnato dispositivi di protezione collettivi e individuali a tutte le Unità operative (vedi elenco) e tutto il personale aziendale dei ruoli sanitario tecnico e amministrativo ha partecipato a corsi di formazione relativi al D.L.vo 626/94.

### 3. Gli infortuni

Sulle cause e sulla frequenza degli infortuni è necessario effettuare, proprio per la finalità di questo lavoro, un'analisi particolarmente attenta analizzando le categorie interessate, le

classi di età e gli ambiti lavorativi dove gli stessi di sono verificati.

Questo per capire intanto se fra le cause si deve ricercare solamente inadeguatezza della struttura, delle attrezzature, dei mezzi di prevenzione, dell'applicazione delle norme di sicurezza o se a ciò contribuisce in parte (grande o piccola) anche l'attenzione ridotta dell'interessato/a.

Infatti la cura dell'operatore/operatrice a far sì che nei propri comportamenti si realizzi quella che si deve considerare una particolare attenzione al proprio lavoro e alla propria sicurezza è un elemento che troppo spesso non viene considerato, soprattutto da coloro che hanno funzioni ispettive e di controllo.

Tuttavia sono riscontrabili frequentemente certi atteggiamenti superficiali, una confidenza eccessiva con attrezzature e strumentario, una sottovalutazione di situazioni potenzialmente pericolose presumendo sicurezze che in sanità (come in altri ambiti lavorativi) non devono mai essere accettati e permessi (dai preposti) e messi in essere (dal personale).

Il raffronto dei giorni di infortunio degli anni 1999 e 2000 è altamente significativo ed una riflessione s'impone alla dirigenza e a tutto il personale per ridurre un *trend* che invece appare in seppur lieve flessione, ma pur sempre troppo elevato.

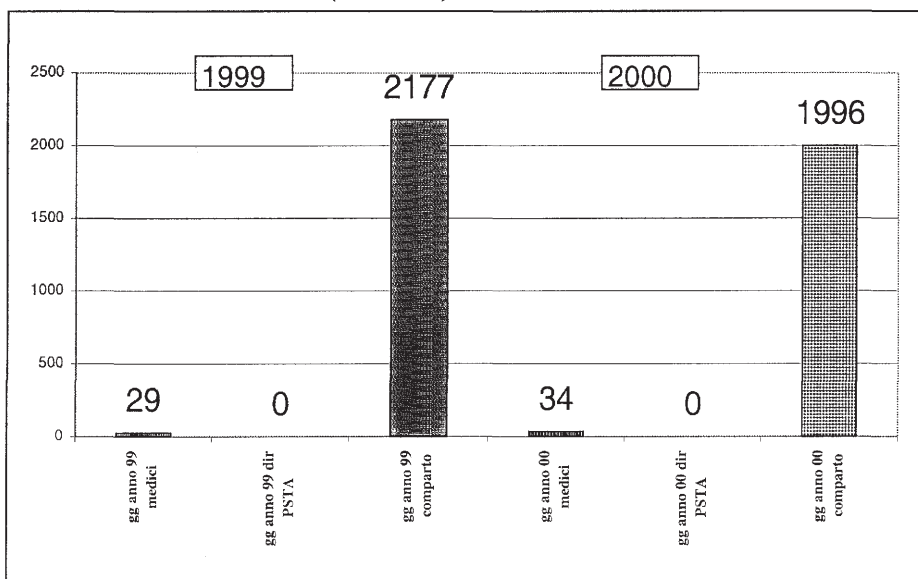
Appare di tutta evidenza come il solo costo del «mancato lavoro» non debba essere l'unica variabile presa in considerazione nel computo della perdita economica di gestione relativa alla tematica in oggetto. Infatti se con una sintetica, e probabilmente approssimativa valutazione del costo-orario medio di L. 30.000, si giunge ad una somma superiore ai 430 milioni di lire (2030 giorni x 7 h./die x L. 30.000/h.).

È chiaro che si dovrebbero stimare i costi materiali ed immateriali causati dal mancato lavoro quali ad esempio

**Tabella 4 - Giorni di infortunio (1999-2000)**

1999	Giorni	Maschi giorni	Femmine giorni
Medici	29	12	17
Dir. PSTA	0	0	0
Comparto	2177	558	1619
<b>Totale</b>	<b>2206</b>	<b>570</b>	<b>1636</b>
2000	Giorni	Maschi giorni	Femmine giorni
Medici	34	13	21
Dir. PSTA	0	0	0
Comparto	1996	636	1330
<b>Totale</b>	<b>2030</b>	<b>649</b>	<b>1351</b>

**Grafico 2 - Giorni di infortunio (1999-2000)**



rinvio o sospensione di attività cliniche ma anche amministrative, ritardo nell'effettuazione di prestazioni e perdita di incassi da mancata esecuzione delle stesse: tutto ciò probabilmente non è stimabile ma non può né deve essere dimenticato: ma non può essere dimenticata la perdita del «mercato», ossia dei cittadini che oggi, giustamente, si possono rivolgere a più soggetti (pubblici o privati) per ottenere prestazioni di qualità in tempi rapidi.

È inoltre utile analizzare l'andamento delle curve degli infortuni nel corso dell'anno con raffronti relativi ai periodi di maggiore incidenza che, episodio da considerarsi favorevolmente, scende in modo significativo nel 2000.

Infine emerge chiaramente, ed era largamente prevedibile, come la gran parte degli infortuni (superiore al 98%) si siano verificati nell'ambito del comparto e, quindi, la problematica va pressoché totalmente analizzata in relazione alle funzioni svolte da questo personale.

**4. Gli interventi aziendali: formazione e investimenti in sicurezza**

A fronte della situazione descritta l'Azienda si è sostanzialmente mossa su due fronti quello della informazione e formazione degli operatori e quello degli investimenti strutturali.

**Tabella 5 - Sicurezza. Formazione e informazione. Anno 2000**

<i>Numero partecipanti corsi formazione/informazione. Anno 2000</i>			
Tipologia corso	Dirigenti	Comparto	Totale
Rischi generali	310	1496	1806
Rischi generali e specifici	-	68	68
Rischio radiazioni ionizzanti	108	24	132
Rischio sale operat. e centrale di sterilizzazione	-	66	66
Rischio infezioni HIV - Area laboratori	35	72	107
<b>Totale</b>	<b>453</b>	<b>1726</b>	<b>2179</b>

Grafico 3 - Distribuzione delle assenze nei mesi (1999 &gt; 2000)

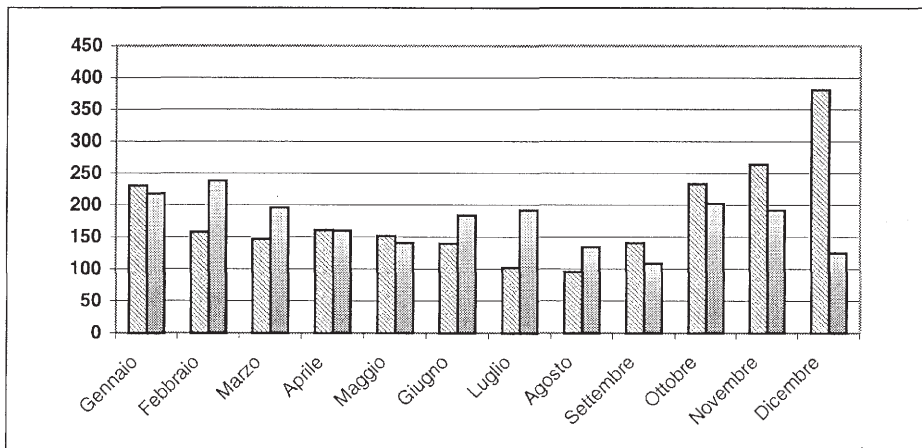
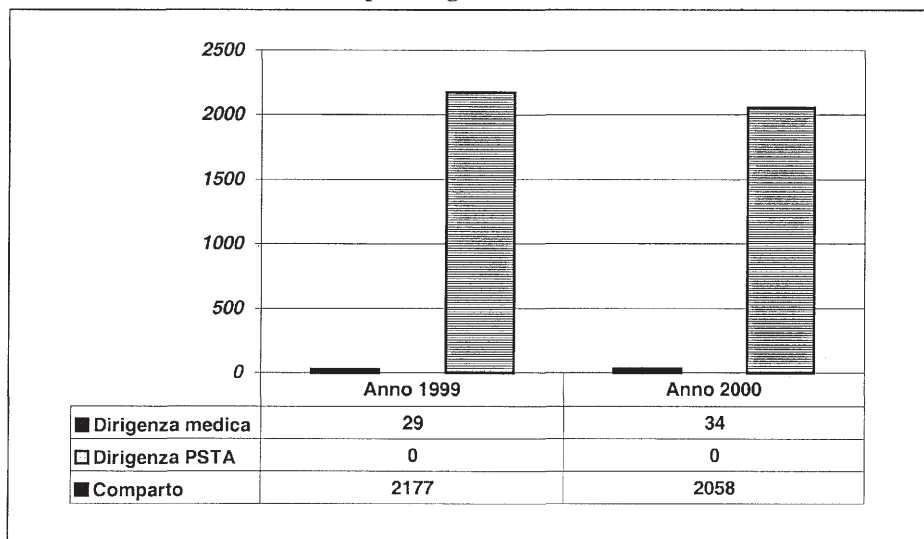


Grafico 4 - Distribuzione infortuni per categorie



Sul primo punto appare indispensabile rappresentare sinteticamente lo sforzo programmato ed effettuato dall'Amministrazione per adeguare l'Azienda sotto l'aspetto formativo-informativo, per consentire agli operatori di svolgere le proprie mansioni nel miglior modo possibile e nel rispetto della normativa vigente (DL.vo 626 e seguenti). A titolo informativo si ricorda che l'Amministrazione, direttamente o attraverso contributi *ad hoc* stanziati dalla Regione Piemonte, ha speso, per il finanziamento di questa attività formativo-informativa nel corso dell'anno 2000 una somma superiore a L. 460.000.000. Lo sforzo organizzativo è stato notevole e si può tradurre in oltre 130.000 ore di corsi realizzati nell'anno 2000.

Il secondo fronte è quello degli investimenti. È ovvio che da parte dell'Amministrazione si deve ottemperare a quanto previsto dalle norme per rendere l'ambiente lavorativo adeguato sia alle necessità del «cliente» che ai bisogni e ai diritti dei lavoratori, oltreché rispettoso di ciò che prevedono le numerosissime disposizioni di legge. Pare superfluo ricordare il grave ritardo con il quale si è iniziato ad investire risorse ed attuare i provvedimenti necessari per modificare lo stato di insicurezza, non rispetto delle leggi ed in alcuni casi di grave degrado. La dota-

Tabella 6 - Sicurezza. Formazione e informazione. Anno 2000

Numero ore dei corsi di formazione/informazione. Anno 2000						
Tipologia corso	Monte ore singolo turno	Numero dirigenti	Totale ore dirigenti	Numero personale comparto	Totale ore comparto	Totale generale ore
Rischi generali	2	310	620	1.496	2.992	3.612
Rischi generali e specifici	16	—	0	68	1.088	1.088
Rischio radiazioni ionizzanti	2	108	216	24	48	264
Rischio sale operat. e centrale di sterilizzazione	4	—	0	66	264	264
Rischio infezioni HIV - Area laboratori	36	35	1.260	72	2.592	3.852
<b>Totale</b>	<b>60</b>	<b>453</b>	<b>27.180</b>	<b>1.726</b>	<b>103.560</b>	<b>130.740</b>

zione relativa alla sicurezza del lavoro (cappe aspiranti, climatizzazione, sollevammati, postazioni per *computer*, sedie, *vacoutainer*, ecc.) devono rientrare fra le priorità che ogni struttura deve individuare quale livello di dotazione minima senza la quale è impensabile ogni tipo di attività sanitaria. Esiste poi la partita enorme degli investimenti relativi alla sicurezza che nella nostra Azienda sono cospicui e avranno la durata di alcuni anni: infatti

per la sicurezza elettrica sono in corso investimenti per circa 5 miliardi, per l'antincendio oltre 1,5 miliardi, oltre ad una serie di investimenti diversi relativi ad interventi sempre collegati alla sicurezza e al benessere fisico di pazienti ed operatori quali la climatizzazione, gli ascensori, i montalettighe ecc., del valore anch'essi di svariati miliardi di lire.

Il programma delle realizzazioni delle diverse opere è iniziato da tre an-

ni e proseguirà per almeno 4-5 anni, dopodiché potremo forse dire che la nostra azienda sarà totalmente «a norma».

Fra l'altro parallelamente si sta procedendo alla certificazione ISO 9002 di tutte le strutture diagnostiche, di degenza e dei servizi di supporto sia sanitari che tecnico-amministrativi, con un impegno economico ed organizzativo di grande portata.

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# UTILIZZO DELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO. INDAGINE SULL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN RELAZIONE ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Cinzia Biondani<sup>1</sup>, Giuseppe Sipala<sup>2</sup>, Antonella Vecchi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ufficio Aggiornamento e Formazione Permanente - Azienda Ospedaliera di Verona

<sup>2</sup> Pronto Soccorso Bussolengo Ospedale di Villafranca - ULSS 22 (VR)

<sup>3</sup> Servizio Personale e Sviluppo Organizzativo ULSS 21 - Legnago (VR)

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Finalità del Pronto soccorso - 3. La ricerca - 4. Conclusioni.

## 1. Introduzione

L'evoluzione legislativa dei servizi di Pronto soccorso in Italia riconosce quali tappe fondamentali:

a) la legge n. 132/68, nella quale si stabilisce l'obbligatorietà di dotazione del servizio di Pronto soccorso in ogni ospedale;

b) il DPR n. 128/69, che agli artt. 13 e 14 ne fissa le caratteristiche;

c) il DPR n. 76/92, di istituzione del Servizio di emergenza sanitaria (118), in cui si definiscono le funzioni del Pronto soccorso, accettazione e gestione dei soggetti in condizioni di urgenza-emergenza.

Tali indicazioni sono state recepite dalla Regione Veneto con del. GRV n. 1779/94 che istituisce nella maggior parte delle provincie venete il Servizio di urgenza e di emergenza medica (SUEM) e le centrali operative.

Successive deliberazioni della Giunta regionale del Veneto (n. 1705/95, n. 1229/98, n. 1179/00), ne specificano meglio le attività.

## 2. Finalità del Pronto soccorso

Il Pronto soccorso è la struttura operativa dell'ospedale deputata ad affrontare, nel minor tempo possibile, l'urgenza/emergenza e a dare assistenza a tutti coloro che si presentano,

indipendentemente dalla causa di accesso.

La sua *mission* è quella di garantire il trattamento tempestivo ed idoneo di tutti i pazienti, in ambienti idonei, confortevoli, funzionali, dotati di opportune attrezzature; ciò viene svolto da personale addestrato all'emergenza e continuamente aggiornato, che applica delle linee-guida operative a ciò predisposte. Poiché i servizi di Pronto soccorso sono atti ad intervenire in maniera tempestiva di fronte ad un'emergenza/urgenza sanitaria non è possibile prevederne il numero di accessi quotidiani. Talvolta, inoltre, il ricorso al servizio di Pronto soccorso è incongruo rispetto alle sue finalità, in quanto ad esso afferiscono anche patologie differibili, che per motivi diversi si rivolgono a questo servizio, ma che da questo devono essere comunque accettate.

## 3. La ricerca

### 3.1. Finalità della ricerca

La presente ricerca nasce dall'esigenza di approfondire un fenomeno molto diffuso nella realtà sanitaria veneta (e non solo): quello degli accessi impropri da parte dell'utenza del Pronto soccorso.

Partendo da una specifica realtà, quella di un ospedale veneto, questa ricerca vuole indagare sulle modalità di utilizzo del servizio di Pronto soccorso da parte dell'utenza che orbita attorno questo ospedale.

È stato evidenziato infatti che nonostante la definizione di Ps in sé dovrebbe identificare un luogo dedicato alla assistenza di casi medici e chirurgici con caratteristiche di urgenza/emergenza, in pratica ogni realtà locale rappresenta un equilibrio, non necessariamente corretto, tra le esigenze del paziente, degli operatori sanitari, della struttura ospedaliera che lo ospita e del contesto in cui l'insieme è collocato.

Anche se la presente ricerca si riferisce ad una realtà circoscritta, le problematiche da essa evidenziate sono comuni alla gran parte dei servizi di Pronto soccorso della Regione e del territorio nazionale dove, in misura più o meno uguale, il fenomeno è riscontrabile indipendentemente dalle dimensioni del presidio, dalla sua collocazione geografica, e dal bacino di utenza che ad esso afferisce. Si constata infatti che, di fatto, il Ps rappresenta un luogo dove vengono richieste e fornite prestazioni di vario tipo (cliniche/amministrative, urgenti/non urgenti), la maggior parte delle quali po-

trebbe essere effettuata in luoghi più idonei, probabilmente ad un minor costo ed a pari efficacia.

La presente ricerca si pone, pertanto, alcuni importanti obiettivi:

1) fotografare la realtà, in termini di appropriatezza e inappropriata delle prestazioni erogate dal servizio di Pronto soccorso, di una specifica struttura del Veneto;

2) evidenziare i motivi che spingono l'utenza all'utilizzo improprio del servizio di Pronto soccorso verificando, attraverso il parere di *key player*, le difficoltà che si oppongono all'uso appropriato;

3) individuare, attraverso l'interrogazione di soggetti direttamente coinvolti, alcune aree critiche sulle quali intervenire, formulando delle precise proposte al fine di diminuire il numero degli accessi considerati impropri.

### 3.2. La struttura oggetto dell'indagine

La struttura oggetto della presente indagine è il Pronto soccorso dell'Ospedale «Magalini» di Villafranca (Vr), uno dei due presidi ospedalieri per acuti dell'Asl n.22 della Regione Veneto che ha un bacino di utenza di 54.486 abitanti. Gli accessi annui sono circa 31.000. Il Pronto soccorso svolge attività di osservazione breve: circa 3400 pazienti vengono a tale scopo trattenuti annualmente nelle due stanze a ciò dedicate. È attivo 24 ore su 24 con la presenza di un medico e di tre infermieri. Uno fra gli obiettivi più importanti del servizio è l'azione di filtro allo scopo di diminuire i cosiddetti «Ricoveri impropri».

Il servizio cura in modo particolare l'informazione ai cittadini utenti, attraverso fogli informativi, Carta dei servizi, segnaletica orizzontale e barra luminosa a LED, posta sulla porta di accesso all'ambulatorio del Pronto soccorso, nella consapevolezza che il

cittadino, informato correttamente, accetti meglio il periodo di attesa, a volte particolarmente lungo, senza protestare.

Per i controlli programmati e le medicazioni, è stata attivata una procedura di prenotazione, tramite Centro unico di prenotazione (Cup), che assegna per questo tipo di prestazioni un orario, cadenzato ad intervalli di 10 minuti, nei giorni e nella fascia oraria stabiliti.

### 3.3. La metodologia e gli strumenti utilizzati

Per analizzare il problema dell'appropriata delle prestazioni fornite dal Pronto soccorso sono state utilizzate:

1) un'indagine documentale retrospettiva, effettuata sui documenti di accesso al Pronto soccorso per verificare le dimensioni del problema;

2) una serie di interviste semistrutturate effettuate a *key player*, cioè a testimoni significativi, che hanno un ruolo rilevante all'interno del processo di erogazione delle prestazioni fornite dal Pronto soccorso.

Uno dei grossi vantaggi dell'analisi documentale consiste nel fatto che, a differenza di altri strumenti, quali l'osservazione e il questionario, che devono necessariamente limitare il campione a causa dell'elevato costo della ricerca, essa può avvalersi di un campione più vasto.

I documenti da noi usati per l'analisi sono costituiti dai fogli di accesso che vengono compilati dal medico di Pronto soccorso ogni qual volta un paziente si rivolge a tale servizio. La facile reperibilità degli stessi ha consentito di poterne esaminare un numero piuttosto consistente (8.102 su 31.344 accessi annui al Pronto soccorso dell'ospedale in questione, pari quindi al 25,84% del totale).

Per acquisire l'opinione di testimoni privilegiati è stata utilizzata l'intervista semistrutturata, strumento flessibile che lascia l'intervistatore libero di stabilire, all'interno di una griglia di argomenti da trattare, l'ordine temporale dei temi da sondare e le modalità di formulazione delle domande.

L'intervista semistrutturata meglio si adattava agli scopi della ricerca: cogliere il problema da diversi punti di vista e acquisire ogni utile informazione per poter formulare delle proposte di risoluzione, almeno parziale, del problema stesso.

*I documenti di accesso.* La prima fase della ricerca è consistita nell'analisi retrospettiva delle prestazioni effettuate dal servizio di Pronto soccorso attraverso l'esame dei documenti di accesso di un periodo definito.

Il documento che testimonia l'avvenuto accesso di un utente al Pronto soccorso consiste in foglio, numerato progressivamente, che si compone di sei sezioni, riferibili a:

- 1) dati generali;
- 2) dati personali del paziente;
- 3) modalità di accettazione;
- 4) tipologia dell'evento accidentale, con una sotto sezione riservata agli incidenti sul lavoro;
- 5) prestazioni e consulenze;
- 6) esito.

Sono stati considerati i documenti di accesso al Pronto soccorso dell'Ospedale «Magalini» di Villafranca, compilati nel corso dell'anno 1999. Essendo il numero di tali documenti per l'anno di riferimento dell'ordine di 31.344, e non essendo stati questi registrati attraverso procedure informatiche, si è deciso di analizzarne solo un campione, che fosse tuttavia rappresentativo dell'universo degli accessi di quell'anno.

L'anno solare è stato pertanto suddiviso in tre quadrimestri, da ciascuno dei quali è stato estratto un mese che



rispecchiasse il flusso di pazienti di quel periodo. Sono stati scelti in base a tale criterio i documenti di accesso compilati nei mesi di aprile, luglio e novembre, così da differenziare anche le patologie legate alle diverse condizioni climatiche ed alle diverse abitudini di vita.

Di tali documenti sono state prese in esame la data, la diagnosi, l'eventuale richiesta di ricovero e l'esito della prestazione. In base alla diagnosi gli accessi sono stati suddivisi in due categorie, *Propri* ed *Impropri*, in relazione alle finalità istituzionali ed alla *Mission* del Pronto soccorso.

A tale proposito, occorre sottolineare la mancanza di una normativa specifica che classifichi le prestazioni del Pronto soccorso in «Appropriate» ed «Inappropriate». Per avere un criterio più oggettivo possibile, abbiamo preso come parametri quelli indicati dalla Regione Veneto per stabilire le prestazioni assoggettabili al pagamento del *ticket*.

La deliberazione della Giunta regionale veneta del 15 febbraio 2000, n. 446, pubblicata sul B.U.R. Veneto del 28 marzo 2000, n. 29, «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dal Pronto soccorso ospedaliero», recita al riguardo «Secondo quando definito dal Piano sanitario nazionale e recepito dalla programmazione regionale, per Pronto soccorso deve intendersi la struttura dedicata all'attività diagnostica e terapeutica di urgenza ed emergenza sanitaria, funzionante in ospedale per acuti 24 ore su 24. Tale regime erogativo è tuttavia costante oggetto di ricorsi inappropriati da parte di assistiti che richiedono prestazioni sanitarie non legate a situazioni di urgenza o emergenza». In particolare, in tale documento vengono ripresi i concetti di *Differibilità* e di *Indifferibilità* per definire le prestazioni a cui applicare i *ticket* istituiti con nota dell'Assessore

alla sanità del Veneto, prot. n. 1740/20253 del 4 marzo 1996. Nello specifico questi giudizi di differibilità dovevano essere assegnati dal medico in base a criteri clinici.

Per prestazioni *Indifferibili* si intendevano quelle erogate in situazione di emergenza, cioè a pazienti in pericolo di vita o in situazione di urgenza «indifferibile», quando cioè la mancata effettuazione può portare all'aggravamento dello stato generale del paziente e può indurre la comparsa di complicanze.

Per prestazioni sanitarie *Differibili* dovevano intendersi quelle erogate ai pazienti in buone condizioni generali, con patologia di recente insorgenza o cronica, che richiedono trattamento ambulatoriale, senza la necessità di accertamenti clinico-strumentali tempestivi. Ci si riferisce alle prestazioni che possono essere eseguite in regime ambulatoriale o comunque tempestivamente, ricorrendo al medico di base o al servizio di guardia medica.

*Il contenuto delle interviste semi-strutturate.* Le interviste sono state effettuate a n. 20 *key player*, scelti in base a:

— implicazione, diretta o indiretta, nel processo di erogazione delle prestazioni di Pronto soccorso,

— disponibilità all'intervista.

I soggetti appartenevano alle categorie indicate nella tabella 1.

Degli intervistati, n. 13 erano maschi e n. 7 femmine; n. 5 soggetti operavano sul territorio, mentre 14 prestavano servizio in ospedale.

A ciascun intervistato sono state sottoposte sei domande, precedentemente individuate dal gruppo di ricerca e predisposte in una griglia, intese a sondare le diverse problematiche connesse all'utilizzo del Pronto soccorso.

1) La prima domanda chiedeva di inquadrare il servizio in questione e di distinguere le funzioni proprie da quelle che, invece, erano considerate di competenza di altri servizi. Tale quesito è stato formulato per rilevare gli atteggiamenti dell'intervistato nei confronti del problema.

2) La seconda invitava il soggetto ad indicare se esistevano sul territorio i servizi adeguati a fornire quelle prestazioni che il Pronto soccorso eroga impropriamente e quali erano a suo avviso i motivi per i quali l'utenza preferiva non utilizzarli. Questa domanda era stata posta allo scopo di indagare se l'intervistato aveva una propria opinione in merito e se fosse in grado di inquadrare le cause del problema.

Tabella 1 - Ruolo dei soggetti intervistati

Ruolo	N. soggetti intervistati
Medico di Pronto soccorso	3
Medico di Medicina generale	3
Pediatra di libera scelta	1
Primario di Medicina generale	1
Primario di Cardiologia	1
Medico specialista in Medicina generale	1
Responsabile del Distretto di base	1
Caposala di Pronto soccorso	1
Infermiere professionale di Pronto soccorso	7
Rappresentante di Organismo di tutela	1
<b>Totale</b>	<b>20</b>

3) La terza era intesa ad accertare l'esistenza nel soggetto di uno stereotipo degli individui che usano in modo improprio il servizio in questione, anche per conoscere il *target* specifico sul quale agire.

4) La quarta sollecitava l'intervistato a proporre delle soluzioni per ovviare al problema, al fine di verificare se potevano emergere proposte innovative.

5) La quinta, invitando il soggetto ad analizzare le ripercussioni a livello organizzativo, gestionale e operativo che tale situazione produceva, aveva lo scopo di verificare la sua consapevolezza circa gli effetti, all'interno dell'organizzazione, che l'utilizzo improprio del Pronto soccorso, comporta.

6) La sesta, infine, stimolava l'intervistato a mettersi, oltre che nei panni di chi opera nel Pronto soccorso, anche in quelli dell'utente per valutare se l'atteggiamento degli operatori potesse influire sulla qualità tecnica e su quella percepita delle prestazioni da essi erogate.

Le interviste sono state condotte nel mese di agosto 2000 presso il servizio di Pronto soccorso da persone esterne e neutrali rispetto al servizio. Ciò al fine di evitare qualsiasi forma di condizionamento degli intervistati. Ad ogni soggetto, prima dell'intervista sono stati descritti sinteticamente gli scopi della ricerca ed è stato espressamente chiesta l'autorizzazione a effettuare la registrazione del colloquio, spiegando la finalità ed assicurandolo della estrema riservatezza di ciascuna registrazione. Tutti hanno acconsentito anche se alcune osservazioni interessanti sono state espresse a registratore spento. In ogni caso sono stati rilevati sia la disponibilità all'intervista che l'interesse ai temi in essa affrontati.

Le interviste hanno avuto una durata variabile dai 20 ai 45 minuti; sono state successivamente trascritte e cia-

scun protocollo è stato analizzato in ogni sua parte attraverso un'analisi del contenuto.

#### 3.4. Le risultanze dell'indagine documentale

Gli accessi presi in considerazione sono stati: n. 2526 nel mese di aprile, n. 3236 nel mese di luglio e n. 2340 nel mese di novembre per un totale di n. 8102, complessivamente il 25,84% degli accessi di tutto l'anno (n. 31.344). Le prestazioni prese in esame possono essere considerate pertanto un campione rappresentativo di tutte quelle fornite dal servizio nell'anno considerato.

In base alle indicazioni regionali già accennate abbiamo classificato come *improprio* ogni accesso al Pronto soccorso per patologie che potevano essere gestite e risolte dal medico di Medicina generale e di Continuità assistenziale, oppure con richiesta di consulenza specialistica programmabile, o ancora rivolgendosi al Distretto sanitario di competenza.

Abbiamo considerato come *proprio* ogni accesso al Pronto soccorso per:

1) patologie mediche e traumatologiche con le caratteristiche di emergenza-urgenza, cioè con immediato pericolo di vita o evolutive verso tale esito, o comunque che possono provocare danni permanenti o invalidanti;

2) invio in Pronto soccorso dal proprio medico di Medicina generale;

3) tutti i ricoveri urgenti e/o programmati, in quanto il Pronto soccorso in oggetto ha la funzione di Accettazione medica;

4) completamento delle indagini diagnostiche avviate in un immediato pregresso accesso in Pronto soccorso, non ancora completate;

5) controlli di pazienti inviati precedentemente a domicilio in regime di dimissione protetta.

*Gli accessi impropri.* La tabella 2 riporta gli accessi impropri registrati nel periodo preso in considerazione.

Si osserva come gli accessi impropri più frequenti siano dovuti a medicazioni semplici e a traumi lievi, quali distorsioni di piccole articolazioni e contusioni. Una presenza particolarmente rilevante hanno le prestazioni soggette alle procedure previste dall'Istituto nazionale di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro. Seguono quindi le abrasioni e le ferite non suturate.

Se si raggruppano in un'unica categoria, la «Patologia traumatica lieve», i traumi lievi, le abrasioni e le ferite non suturate, a causa della stessa origine traumatica, si osserva un numero di prestazioni pari a n. 1229 che porterebbe questo complesso al primo posto delle prestazioni improprie con una frequenza percentuale del 25,2% delle improprie e del 15% del totale.

Le congiuntiviti, impropriamente curate in Pronto soccorso, costituiscono la più comune fra le patologie oculari. Seguono poi le punture di insetto e un gruppo di patologie accomunate dallo stesso sintomo, la febbre, causata da virus, gastroenteriti ecc.

Le lombalgie e le altre patologie, considerate singolarmente, hanno un'incidenza minore in quanto sono presenti in percentuali molto basse; raggruppate in un'unica categoria raggiungono il numero di 1248, pari al 25,56% degli accessi impropri e al 15,40% del totale.

*Gli accessi propri.* La tabella 3 riporta i dati relativi alle prestazioni proprie.

Tra gli accessi propri al primo posto si trovano quelli dovuti a controlli clinici ed al completamento delle indagini. Seguono le ferite che necessitano di sutura, le fratture e le lesioni ossee traumatiche e i traumi definiti importanti, come ad esempio il trauma cra-

nico, poiché necessitano, per il pericolo evolutivo, di una sollecita diagnosi e terapia.

Sia il dolore toracico, prima e precoce manifestazione di una serie di gravi patologie come ad esempio l'infarto, che il raggruppamento comprendente la crisi ipertensiva, l'aritmia e le lipotimie presentano percentuali simili.

Con frequenze di poco inferiori si osservano poi la colica renale, le gravi distorsioni, le patologie legate allo stato di gravidanza e le coliche pelviche. Segue subito dopo un gruppo di patologie con una frequenza simile, costituito da emorragie e crisi di angore distanziate, di poco, dalle lussazioni.

La successiva serie di patologie, anche se meno significativa per quanto riguarda la percentuale di accesso al Pronto soccorso, non lo è certamente per la rilevanza clinica che riveste. Infatti, fra queste patologie, che variano da un numero di 33 casi a cinque casi, si collocano ischemie cerebrali transitorie, reazioni allergiche gravi, cefalee importanti, crisi ipoglicemiche, amputazioni di segmenti ossei distali, trombosi venose profonde, convulsioni e lesioni traumatiche dei genitali maschili.

Sono stati volutamente scorporati dal conteggio gli accessi dovuti a ricoveri programmati, i quali costituiscono in questo caso un'attività precipua del Pronto soccorso in esame in quanto, per le dimensioni dell'ospedale e del bacino di utenza che vi gravita, esso funziona anche da accettazione sanitaria. Essi pertanto devono essere classificati come ricoveri propri.

Nella presente indagine il numero dei ricoveri programmati (n. 825), si colloca al secondo posto del totale degli accessi, subito dopo i controlli ed il completamento delle indagini.

Se si raggruppano le patologie in base a classi omogenee, mediche e chirurgiche, si osserva che le patolo-

gie di origine traumatologica-chirurgica sono n. 1424 e quelle di origine medica sono n. 1535 con una percentuale rispettivamente del 59,45% e del 64% degli accessi propri e del 17,57% e del 18,94% di quelli totali.

*Sintesi e considerazioni sull'indagine documentale.* La percentuale di emergenze e/o di urgenze indifferibili va da un minimo dell'1% ad un massimo del 3%-4%, mentre la percentuale di presenza di patologie mediche e

chirurgiche-traumatologiche si assesta fra il 59% ed il 60% degli accessi propri. Questi dati confermano quelli emersi in indagini simili.

Il dato macroscopico che subito risalta dalla comparazione delle due tabelle è che gli accessi impropri costituiscono la maggior attività del Pronto soccorso essendo più del doppio degli accessi propri, con tutte le possibili conseguenze negative che ne scaturiscono, dall'abbassamento del livello

Tabella 2 - Distribuzione di frequenza degli accessi impropri in Pronto soccorso

Accessi impropri Patologia	Mesi			Totale	
	Aprile	Luglio	Novembre	Totale generale	Frequenza percentuale
Medicazioni semplici	334	369	264	967	19,80
Traumi lievi: distorsioni, contusioni	284	390	228	902	18,50
Inail: controlli, certificati	189	299	237	725	14,90
Abrasioni-ferite non suturate	78	155	94	327	6,69
Congiuntiviti	86	133	100	319	6,53
Punture d'insetto	25	97	43	165	3,37
Febbre	31	47	42	120	2,46
Lombalgie	30	47	32	109	2,23
Problemi chirurgici lievi	36	36	26	98	
Dermatopatie	14	37	34	85	
Ansia	22	26	27	75	
Vaginiti	22	21	31	74	
Problemi urologici lievi: ipertr. prost., uretrite, cistite ...	21	26	26	73	
Unghie incarnite	21	18	33	72	
Allergie lievi	13	51	7	71	
Otiti	19	21	19	59	
Odontopatie (afta, gengivite, ascesso ...)	14	19	26	59	
Faringiti	11	28	19	58	
Cisti sebacee - infezioni cute	20	21	12	53	
Tosse	8	12	24	44	
Emorroidi	15	14	15	44	
Tendiniti, mialgie	15	14	13	42	
Artrosi	12	12	18	42	
Tappi cerume	13	12	14	39	
Periartriti scapolo omerale	9	18	11	38	
Bronchiti croniche	15	11	12	38	
Tonsilliti	12	12	10	34	
Neoformazioni cute	9	12	11	32	
Idrosadeniti	10	9	11	30	
Torcicollo	8	9	10	27	
Foruncolosi	7	7	12	26	
Cefalee, emicranie	5	11	4	20	
Sinusiti	1	4	4	9	
Borsiti	1	4	1	6	
<b>Totali</b>	<b>1410</b>	<b>2002</b>	<b>1470</b>	<b>4882</b>	<b>100,00</b>

qualitativo dell'erogazione delle prestazioni, all'aumento di conflittualità fra operatori e cittadini. Analizzando le varie patologie ritenute improprie, si può inoltre osservare che per trattarle basterebbero delle strutture e dei sistemi molto più semplici che non quelle del Pronto soccorso, con maggiore soddisfazione degli utenti, degli operatori e con economie da parte delle aziende.

Come è stato evidenziato in questa analisi gli accessi impropri, nei tre mesi considerati, sono stati n. 4882 su un totale di n. 8102, pari al 60,25%. Se a questi si aggiungono i ricoveri programmati (n. 825) che sono stati classificati come propri, ma che potrebbero essere gestiti da altre strutture, come avviene in alcuni grossi ospedali, si arriverebbe a n. 5707 accessi, pari al 70,4% del totale. I dati riscontrati sono in linea con quelli emersi in altre indagini simili.

### 3.5. Il parere dei testimoni privilegiati: le risultanze delle interviste

*I compiti del Pronto soccorso.* Nel descrivere i compiti precipui del Pronto soccorso quattro intervistati su sette appartenenti al personale infermieristico utilizzano solo il termine *emergenza*; tra il personale medico cinque usano il termine *emergenza* e quattro il termine *urgenza*. Tra il personale ospedaliero si nota una maggior coscienza della definizione di *emergenza* rispetto agli operatori del territorio; tra i primi c'è più conoscenza da parte del personale medico che tra quello infermieristico. La definizione che si ritiene più significativa è la seguente: «Il compito del Pronto soccorso è quello di erogare prestazioni di urgenza e di emergenza che, se non fornite, possono mettere in grave pericolo le condizioni di vita del paziente».

Nel definire le prestazioni improprie due intervistati le associano a ciò che non è urgente, nove le identificano con le *prestazioni che potrebbero essere svolte da altri soggetti*, ad esempio i medici di Medicina generale o gli ambulatori specialistici; quattro invece affermano che si tratta di piccoli problemi che potrebbero essere risolti in un secondo momento.

Molti hanno fornito degli esempi di prestazioni proprie ed improprie; ab-

biamo quindi ritenuto utile riportare l'elenco di quelli classificati dai soggetti nell'una e nell'altra categoria.

Come esempi di *prestazioni proprie* sono stati indicati: incidenti stradali o sul lavoro o domestici; edemi polmonari; dolori al cuore o al torace; importanti o improvvisi dolori all'addome; traumi di varia entità; emorragia interna; puntura d'ape con shock anafilattico; epistassi violenta; ferite importanti; ustioni.

Tabella 3 - Distribuzione di frequenza degli accessi considerati propri

Accessi impropri Patologia	Mesi			Totale	
	Aprile	Luglio	Novembre	Totale generale	Frequenza percentuale
Controlli cl. complet. indagini	279	310	303	892	37,24
Ferite suture	152	136	124	412	17,20
Fratture-distacchi	98	119	114	331	13,82
Coliche addominali	67	94	81	242	10,10
Corpi estranei occhio	57	67	63	187	7,80
Dispnea (scompenso cardiaco)	48	34	16	98	4,09
Ustioni	27	32	28	87	3,63
Traumi importanti	12	41	29	82	3,40
Dolori toracici	28	21	27	76	3,17
Crisi ipertensive	25	26	24	75	
Aritmie-tachiaritmie	26	25	23	74	
Lipotimie	17	35	22	74	
Coliche renali	24	23	22	69	
Distorsioni/contusioni gravi	24	23	20	67	
Gravidanza-patologie	22	18	26	66	
Coliche pelviche	22	21	20	63	
Emorragie	20	15	19	54	
Angor	18	17	18	53	
Lussazioni	12	15	18	45	
TIA (attacco ischemico transitorio)	8	11	14	33	
Reazioni allergiche gravi	10	6	11	27	
Corpi estranei tessuti molli	1	10	11	22	
Intossicazioni esogene	7	8	7	22	
Urgenze urologiche (ritenzione acuta di urina)	6	6	9	21	
Cefalee importanti	10	1	9	20	
Corpi estranei orecchio naso	5	7	7	19	
Crisi ipoglicemiche	4	4	11	19	
Amputazioni - subamputazioni	4	4	4	12	
Epistassi	3	3	5	11	
Trombosi venose profonde	3	4	4	11	
Corpi estranei apparato digerente	4	2	3	9	
Convulsioni	4	3	2	9	
Lesioni traumatiche genitali	2	1	2	5	
<b>Totale</b>	<b>770</b>	<b>832</b>	<b>793</b>	<b>2395</b>	<b>100,00</b>
Ricoveri programmati	273	321	231	825	

Come esempi di *prestazioni improprie* sono stati invece citati: influenza; mal di testa; dolori in varie parti del corpo riferite da alcuni giorni; piccole slogature; punture d'insetto; ferite semplici; visite ortopediche; dolori o febbri di incerta interpretazione; pressione alta; medicazioni; certificazioni Inail; periartriti; patologie croniche riacutizzate; iniezioni; nei; otiti acute; febricole di dubbia interpretazione; traumi distorsivi o contusivi da alcuni giorni; malattie infettive.

*Il ruolo dei servizi alternativi.* Quindici intervistati ammettono l'esistenza di servizi in grado di far fronte alle prestazioni improprie, mentre quattro ritengono che in definitiva non ci siano (questi ultimi tutti operanti in Pronto soccorso). Tredici identificano come servizio alternativo i medici di Medicina generale e i Pediatri di libera scelta, due la Guardia medica, quattro i poliambulatori specialistici ospedalieri e due la Medicina distrettuale/territoriale. Ben quattro medici di base su cinque e un medico distrettuale hanno identificato i servizi alternativi con la Medici di base e uno con la Guardia medica; ciò è stato affermato anche da ben otto su tredici tra gli operatori sanitari ospedalieri.

Le principali motivazioni addotte del mancato utilizzo: liste d'attesa troppo lunghe: «al Ps si fa prima»; latitanza, non reperibilità del Medico di base; poca o cattiva informazione; «perché al Pronto soccorso si trova una risposta sicura»; perché il Ps è un servizio gratuito, o comunque più economico rispetto ad altri canali d'accesso; perché l'ospedale è strutturato in modo tale da invadere l'ambito di lavoro del medico di base.

Le definizioni ritenute più salienti sono: «perché la prestazione impropria costa e al Ps è gratis»; «perché si vuole tutto, subito e gratis».

Nove intervistati hanno dichiarato che è un problema di accessibilità al Medico di famiglia: per scarsa reperibilità; perché il servizio non è attivo 24 ore su 24; perché le fasce orarie non sono sufficientemente ampie; perché l'ambulatorio è troppo pieno.

Si evidenzia che il problema è percepito quasi esclusivamente dal personale ospedaliero, mentre tra il personale medico territoriale solo uno su cinque ne ammette l'esistenza. Inoltre quattordici intervistati ne attribuiscono la causa a carenza d'informazione rispetto ai vari livelli di assistenza garantiti alla popolazione e a cattiva informazione indotta da campagne divulgative inadeguate o distorte da parte dei *mass media*, poco filtrate dalle fonti informative istituzionali.

Altre ragioni significative riportate sono: «il Medico di base ha perso di prestigio e professionalità, è diventato un burocrate»; atteggiamento consumistico da parte dell'utenza: «si vuole tutto, subito e gratis» (sette intervistati, prevalentemente personale del Pronto soccorso); problemi organizzativi o strutturali (mancano le strutture, bacino d'utenza poco esteso, vicinanza geografica al Ps); un possibile condizionamento da parte di film e telefilm; «la sanità è identificata con l'ospedale».

*Le caratteristiche degli utenti che richiedono prestazioni improprie.* Soltanto tre intervistati (tutti infermieri professionali) non riscontrano, tra chi accede impropriamente al Pronto soccorso, particolari tipologie di utenti.

Complessivamente le risposte non sembrano mettere in luce distinzioni basate su fasce sociali o sul livello economico dell'utenza, piuttosto vengono evidenziate le categorie deboli, come gli extracomunitari, gli anziani, chi abita solo, ma soprattutto chi è psicologicamente debole (ansiosi, pa-

tofobici, ecc.) (ben dieci intervistati le riportano). Tre intervistati sottolineano che questi pazienti tendono ad alterare o ad aumentare la sintomatologia e quattro sostengono che l'atteggiamento di chi accede per prestazioni improprie è quello di pretendere una risposta immediata alle proprie ansie.

La definizione che meglio riassume l'utente-tipo che accede al Pronto soccorso per prestazioni improprie è la seguente: «sono utenti che non trovano il medico, che vogliono fare più presto, che non vogliono pagare il *ticket*, che non trovano risposta dal medico di base».

Le principali motivazioni addotte per la scelta del Pronto soccorso da parte di queste tipologie di pazienti sono le seguenti: perché sanno di ottenere le prestazioni richieste; viene fatto tutto nel modo più veloce possibile e senza pagare; perché è l'unico servizio che eroga prestazioni sanitarie aperte 24 ore su 24.

«Perché è la soluzione migliore, che consente di avere tutto e subito» è la definizione che meglio sintetizza le motivazioni espresse.

*Le strategie per diminuire gli accessi impropri.* Ben tredici intervistati asseriscono che una delle strategie più incisive potrebbe essere quella di puntare su un'educazione sanitaria più mirata, a partire dalle scuole dell'obbligo, tramite opuscoli, conferenze alla popolazione, oppure con tavole rotonde di confronto tra operatori sanitari ospedalieri e territoriali.

Quattro intervistati invece ritengono che una strategia efficace potrebbe essere quella di intervenire direttamente sui medici di Medicina generale, sia con azioni di sensibilizzazione finalizzate ad implementare il servizio offerto, sia con forme incentivanti (riconoscendo un beneficio economico in caso di miglioramento del servizio offerto o addirittura penalizzando eco-

nomicamente chi crea disservizio). Un medico suggerisce di incentivare economicamente il personale medico ad ampliare le fasce orarie di apertura degli ambulatori specialistici.

Tre medici di Mg ritengono che il loro servizio potrebbe essere reso in modo più rispondente alle esigenze dell'utenza mediante l'associazionismo dei medici di base.

Sette intervistati sostengono che il pagamento del *ticket* agirebbe come deterrente.

Il rappresentante degli organismi di tutela dei cittadini ritiene che il medico di Medicina generale dovrebbe riappropriarsi del proprio ruolo assistenziale nelle famiglie.

Un intervistato suggerisce di creare strutture alternative, ad esempio una guardia medica telefonica per pazienti con alterazioni psichiche, per i quali può essere sufficiente un colloquio anziché una prestazione, mentre un altro ritiene non sia opportuno creare nuovi servizi in quanto ciò indurrebbe nuova domanda. Due intervistati auspicano la creazione di ambulatori per le medicazioni o di ambulatori di *triage* fuori dal Pronto soccorso. Un intervistato sottolinea che il medico potrebbe eseguire un buon filtro per le richieste di prestazioni improprie se fosse assicurata una maggiore copertura di responsabilità da parte della Direzione sanitaria dell'ospedale.

La strategia che sembra essere la più innovativa è quella che implica la gestione budgetaria del Pronto soccorso, dove al medico venga attribuita una quota incentivante della retribuzione sulla base della sua capacità di valutare il rapporto costo/beneficio prima di eseguire la prestazione impropria.

*Le ripercussioni sul lavoro del Pronto soccorso.* Ben dodici intervistati sostengono che le prestazioni improprie assorbono energie a discapito

dell'emergenza vera; sei sottolineano anche che erogare continuamente prestazioni improprie comporta un calo di tensione e di attenzione, con perdita della «cultura dell'emergenza»; due invece puntano l'attenzione sull'acquisito automatismo di comportamento degli operatori che induce a «fare tutto», anche per evitare denunce.

Otto intervistati evidenziano un sovraccollamento continuo, che provoca anche un intasamento dei laboratori e delle radiologie. Cinque riportano esiti di *stress*, di ansia e di tensione negli operatori.

*Il ruolo dell'operatore.* Quattro soggetti sostengono che non vi sia sostanziale disparità di trattamento da parte degli operatori verso gli utenti che richiedono prestazioni improprie.

Tre intervistati evidenziano un atteggiamento di rassegnazione, due asseriscono che la persistenza degli operatori in questa situazione può portare al *burnout*, mentre ben dieci evidenziano un atteggiamento di insofferenza nei confronti di questa particolare tipologia di utenza: «a volte ci si arrabbia».

Riguardo alla qualità della prestazione sette intervistati affermano che questi atteggiamenti influiscono sulla qualità della prestazione erogata. Uno di questi così definisce il fenomeno: «incide l'intolleranza in quanto offusca l'operazione; per quanto si cerchi di essere razionali: calo di tensione = calo di qualità». Dodici invece sono convinti che l'atteggiamento «alterato», non influisca sulla qualità della prestazione erogata.

Riguardo alla qualità percepita ben quattordici intervistati ritengono che un atteggiamento alterato da parte degli operatori influisca negativamente su di esso; un intervistato così descrive l'utente: «è insoddisfatto anche se ha fatto tanti esami»; mentre soltanto tre sostengono che non c'è alcuna in-

fluenza sulla qualità percepita: «il paziente bene o male è sempre contento».

*Sintesi e considerazioni sulle interviste.* È interessante osservare che la percezione del problema è diversa a seconda dei ruoli ricoperti dagli intervistati, riconducibili sostanzialmente a due macro categorie: personale ospedaliero e professionisti che operano sul territorio.

In particolare, riguardo all'accessibilità alle strutture alternative, meglio individuate dagli intervistati nella medicina territoriale, si evidenzia che, secondo buona parte dei soggetti operanti in ospedale, il medico di famiglia è ritenuto sostanzialmente poco accessibile e che di ciò lo stesso medico di famiglia è poco consapevole o poco autocritico, in quanto adduce come giustificazione che «la norma non lo obbliga» a erogare diversamente le prestazioni dovute. Sembra al riguardo di cogliere un atteggiamento di arrendevole impotenza da parte dei medici del territorio, che avvertono nell'utenza una maggior fiducia nella «sanità ospedaliera», in quanto, per cultura ormai acquisita, la sanità è identificata con l'ospedale.

È invece opinione sostanzialmente comune ad entrambe le macro categorie (ospedaliera e territoriale) che l'informazione abbia un ruolo determinante sugli accessi impropri, sia nella ricerca delle cause che nella individuazione delle strategie; infatti la disinformazione e l'informazione distorta sui diversi livelli di erogazione delle prestazioni sanitarie, sono considerate tra le cause principali di richiesta di prestazioni improprie, tanto da indurre ad individuare tra le strategie efficaci per ridurre il problema, quella di «gestire l'informazione» con un'adeguata opera di educazione sanitaria da parte degli organi istituzionali

(Ssn) a partire dalla scuola dell'obbligo.

Qualcuno ha espresso la convinzione di poter intervenire, per la riduzione dell'erogazione delle prestazioni improprie, con un incentivo economico nei confronti dei soggetti erogatori.

Si coglie inoltre, dalle interviste, un cambiamento culturale sia da parte dell'utente che, conseguentemente, da parte dell'operatore nei confronti della malattia; in particolare l'atteggiamento consumistico ormai diffuso in tutti gli strati della popolazione, anche per quanto concerne la richiesta di prestazioni sanitarie, induce ad accettare sempre meno il concetto di malattia e di morte come parte della vita stessa, con la conseguenza che, di fronte alla minaccia di malattia o di morte, il comportamento comune è quello di pretendere una diagnosi immediata ed accertata da indagini strumentali e di laboratorio per poter intervenire subito e con la terapia adeguata (quindi tramite l'ospedale e in particolare tramite il Ps).

Secondo l'opinione di alcuni il fenomeno porta ad una sostanziale perdita della «cultura dell'emergenza» degli operatori, che tendono ad acquisire un automatismo di comportamento uniforme sia di fronte al caso urgente che al caso non urgente, per motivi soprattutto medico legali, con calo della tensione necessaria per affrontare il caso urgente.

Ciò può comportare, in alcuni casi, conseguenze negative sulla qualità della prestazione erogata; mentre l'atteggiamento di insofferenza, che a lungo andare il fenomeno può produrre sugli operatori, ha effetti ben più rilevanti sulla qualità percepita della prestazione.

### 3.6. Considerazioni finali

Dall'analisi documentale e dalle interviste sono emersi degli spunti sti-

molanti sui quali si ritiene opportuno soffermarsi.

Innanzitutto il diverso utilizzo dei vocaboli «emergenza» e «urgenza» per indicare le prestazioni che il Pronto soccorso assicura in modo proprio.

Dall'analisi etimologica appare che, anche se apparentemente l'*emergenza* può essere assimilata all'*urgenza*, l'attenzione del primo termine viene focalizzata sull'imprevedibilità dell'evento che essa denota, caratterizzato dall'essere inaspettato, non previsto.

Il termine *urgenza* invece riporta ad una situazione di estrema gravità, che necessita di soluzioni immediate: l'attenzione è posta sulla corsa contro il tempo che tale situazione richiede.

Analizzando le interviste e osservando l'uso dei due termini da parte degli intervistati, emerge che ambedue vengono utilizzati per indicare un imminente pericolo, un evento da affrontare immediatamente, senza perdere tempo. Non compare mai, invece, la connotazione tipica dell'emergenza, ossia quella dell'evenienza inaspettata. Ciò denota che, pur usando ambedue i termini per indicare le caratteristiche più appropriate delle prestazioni di Pronto soccorso, in realtà gli intervistati si riferiscono solo a quelle urgenti. Ciò è stato riscontrato anche in una recente ricerca che ha analizzato le rappresentazioni che i medici di base hanno del Pronto soccorso, nella quale si rileva che per questi il Pronto soccorso è la struttura preposta alle urgenze, mentre non compare il termine emergenza.

Un altro aspetto che viene messo in luce dalle interviste è rappresentato dal fatto che il chiedersi se il Pronto soccorso debba fornire, oltre che le prestazioni ad esso pertinenti, anche quelle improprie, costituisca in realtà un falso problema. Più di un intervistato ha infatti sottolineato come la selezione del tipo di prestazioni da effet-

tuare debba essere fatta a monte dell'accesso del paziente in Pronto soccorso, dove, una volta giunto, non può che essere visitato e adeguatamente curato. È per questo, quindi, che tra le proposte emerse nelle interviste per diminuire il numero di accessi impropri al Pronto soccorso, compare l'istituzione di una struttura filtro vicina al Pronto soccorso, alla quale il cittadino dovrebbe necessariamente rivolgersi prima di accedere a questo.

Gli intervistati hanno sottolineato, inoltre, il ruolo che gli strumenti di comunicazione di massa hanno nell'orientare i comportamenti dell'utenza. Ci si riferisce ad esempio alla vasta eco che notizie terroristiche riportate sulla stampa (epidemia di influenza, decessi per punture di insetti o morsi di ragno) hanno sul comportamento dei soggetti nei confronti di quei tipi di patologie. Negli ultimi tempi poi la comunicazione sanitaria mediante i *media* ha registrato una notevole *audience* e, soprattutto, una elevata capacità di influenzare gli atteggiamenti dei destinatari. La stessa stampa nazionale a tale proposito ha recentemente evidenziato un aumento dell'afflusso ai servizi di Pronto soccorso degli ospedali e negli ambulatori dei medici di medicina generale di soggetti che accusano sintomi propri delle patologie trattate la sera prima nel corso di trasmissioni a carattere medico-divulgativo. In tal senso quindi i *media* producono effetti di imitazione o di contagio, dando luogo ad azioni individuali, ma diffuse, di tipo patologico. Per buona parte delle persone poi il fatto che la fonte di tali notizie siano il giornale o la televisione costituisce una garanzia assoluta della validità delle notizie riportate.

Un discorso a parte meritano i diffusissimi telefilm sull'emergenza, citati da qualche intervistato, i quali riportano una falsa realtà, quella dell'efficientismo a tutti i costi, spesso collo-

cata in un contesto socio-culturale estraneo al nostro ambiente e al nostro sistema sanitario di riferimento. Tuttavia questi falsi modelli, questi miti proposti dalla *fiction* vengono, innanzitutto, spacciati come veri, e in secondo luogo danno adito a confronti con quanto viene quotidianamente sperimentato nella realtà. Alla luce di tali considerazioni appare quanto mai necessario poter orientare la comunicazione sanitaria attraverso i *media* nell'ottica della prevenzione e dell'educazione alla salute piuttosto che nella spettacolarizzazione delle notizie.

Un altro punto sul quale ci pare il caso di soffermarsi è costituito dall'evoluzione che ha avuto nel corso del tempo l'identificazione degli attori della sanità. Fino a qualche tempo fa, infatti il sistema sanitario veniva associato al medico di famiglia (il vecchio medico condotto) nel quale le persone riponevano la massima fiducia: non solo nella capacità di leggere i sintomi, di effettuare una corretta diagnosi e di prescrivere una adeguata terapia, ma anche nella disponibilità e comprensione. Il medico di famiglia, d'altra parte, conosceva tutto dei suoi pazienti e li seguiva costantemente dalla nascita alla morte.

L'ospedale veniva considerato una struttura estranea, riservata a situazioni della massima gravità, alle quali il medico di famiglia non era in grado di far fronte e che induceva nelle persone sentimenti estremamente negativi.

Oggi si assiste al fenomeno contrario: il medico di medicina generale, che ha sostituito il medico condotto, appare essere una figura di secondo piano, mentre l'ospedale diviene il primo punto di contatto delle persone, ogni qual volta compare il più piccolo sintomo. E il Pronto soccorso, che costituisce la frontiera tra l'interno dell'organizzazione ospedaliera e l'esterno, è il luogo di elezione deputato a far

fronte ad ogni emergenza (nel senso letterale del termine di «venire a galla», «venire fuori») e nel quale il cittadino ripone la massima fiducia.

È stato recentemente evidenziato come la soddisfazione del paziente che accede al Pronto soccorso sia legata principalmente alla fiducia che esso ripone nella struttura e alla comprensione che vi riceve e come nel determinare la soddisfazione la percezione della qualità tecnica della cura erogata sia molto più importante della tempestività percepita della cura stessa.

Alla domanda «che cosa ha provocato tale cambiamento nel ruolo delle strutture sanitarie», molte potrebbero essere le risposte. A tale proposito ci pare significativo quanto è stato riportato da una persona intervistata, la quale ha affermato: «In questa società si fa fatica ad accettare la malattia ... Perché è una società organizzata in un modo che ... comunque bisogna essere efficienti, bisogna essere pronti, tutto quello che impedisce l'efficienza crea disagio e quindi accettare questa difficoltà diventa inciampo, diventa difficoltà di cammino, diventa problematica. E allora si cerca di toglierla, ma non di toglierla, di farla togliere agli altri, cioè non ci si fa carico di questi problemi» e ancora, come ricetta per risolvere questi problemi l'intervistato propone: «occorre ... che i medici di base sappiano seguire le famiglie e ritornino, io credo, ad insegnare loro che la malattia fa parte della vita e occorre accettarla, così com'è».

Su questa significativa espressione riteniamo sia il caso di soffermarsi, se non altro per ribadire che al momento di determinare quali siano le finalità di un servizio sia necessario tenere in forte considerazione non solo l'evoluzione sociale del servizio stesso e soprattutto del sistema nel quale esso è inserito, ma anche l'opinione dei de-

stinatari di questo servizio, le loro aspettative e i loro bisogni. Bisogni che non sono affatto inespressi, ma affermati chiaramente e per i quali la discrepanza con quanto si intende fornire appare quanto mai rilevante. Si assiste ad un *gap* tra quanto il cittadino si aspetta e quanto, invece, il servizio fornisce, *gap* che deve essere colmato o istituendo nuovi servizi a ciò adibiti o facendo in modo che quelli già esistenti possano sopperire alle richieste ad essi poste. Più difficile, invece, appare la possibilità di ridimensionare le aspettative ed i bisogni delle persone, che essendo già esplicitati debbono comunque essere presi in considerazione e soddisfatti, pena la percezione di una scarsa qualità del servizio.

Il riferimento fatto dall'intervistato alla odierna società dei consumi che vuole che il cittadino si senta in diritto di ottenere tutto e subito in tutti gli ambiti, non ultimo quello sanitario, ci porta a constatare come una adeguata analisi sociologica del contesto costituisca un presupposto fondamentale per proporre e mettere in pratica i correttivi ad una data situazione di fatto, come quella dell'erogazione di un quantitativo considerevole di prestazioni improprie da parte del Pronto soccorso.

Appare evidente, quindi che, in mancanza di una opportuna analisi e della considerazione di tutte le variabili in gioco, qualsiasi proposta od indicazione cadrebbe nel vuoto più totale e non avrebbe alcuna efficacia.

## 4. Conclusioni

### 4.1. Le motivazioni

Il fenomeno degli accessi impropri è molto complesso perché riconosce una serie di cause fra le più diverse, da ricercarsi non solo nelle carenze organizzative del sistema sanitario ma anche nelle aspettative di salute che si



sono venute a creare nei cittadini, oltre che nell'aspetto sociale del problema.

Le strutture sanitarie sono infatti molto spesso chiamate a sopperire ad esigenze che potrebbero essere meglio risolte con interventi di natura sociale: il ricorso al Pronto soccorso ospedaliero causato da difficoltà di accesso ad altre strutture più pertinenti ne costituisce un esempio

A queste considerazioni si aggiunge il cambiamento radicale sia nell'assetto sociale che nella crescita demografica, delle città, la presenza sempre più numerosa degli extracomunitari, le nuove sensibilità e paure, unite alla facile accessibilità del Ps, al quale si può accedere in orari che si conciliano con l'orario di lavoro, per spiegare il fenomeno dell'aumento esponenziale del ricorso improprio al Pronto soccorso. È stato appurato che gli accessi diretti, propri ed impropri, al Pronto soccorso, sono in Italia circa il 65%-70% di tutti gli accessi al Pronto soccorso; ossia 26-28 milioni di cittadini si presentano spontaneamente e direttamente al Pronto soccorso scavalcando oramai abitualmente e disinvoltamente tutte le strutture ed i filtri intermedi presenti nel territorio (medici di famiglia-poliambulatori, ecc.).

L'eccessivo ricorso al Pronto soccorso è dovuto molto spesso agli accessi giudicati impropri. È stato evidenziato in alcune ricerche che i casi che arrivano al Pronto soccorso in condizioni veramente gravi non superano il 20%; ed in particolare le urgenze indifferibili vanno dall'1% al 3%, quelle differibili dal 20% al 30%, e le urgenze relative dal 30% al 50%.

#### 4.2. Le conseguenze negli operatori

Il primo e più evidente effetto del ricorso improprio a queste strutture, è che esse sono molto spesso sovraffollate. Questo afflusso non previsto è affrontato da Pronti soccorsi con organi-

ci calibrati per un numero di accessi notevolmente inferiori, con la conseguenza che inevitabilmente si ingenera una conflittualità fra utenti e personale dei Ps. Chi paga le conseguenze di questo clima, sono pertanto, proprio coloro che sono le vittime di un sistema non perfettamente programmato, con le ovvie ricadute negative sul servizio e sulla qualità percepita dagli stessi pazienti, che pretenderebbero maggiore attenzione e comprensione.

Queste ultime osservazioni sono condivise, in maniera differentemente articolata dai nostri intervistati. Dodici di questi ammettono che la conflittualità abbia un riscontro negativo sugli operatori ma solo cinque ne vedono conseguenze sulla qualità erogata. Dodici non riscontrano nessun nesso fra atteggiamento «alterato» e qualità della prestazione. Questo atteggiamento, di negazione e di minimizzazione delle ripercussioni sfavorevoli che questa conflittualità può avere sulle prestazioni, potrebbe essere legato al loro forte senso del dovere. La maggioranza delle risposte, in questo senso, è stata data da tutti e sei gli infermieri del servizio e da due dei tre medici che lavorano in Pronto soccorso.

Al contrario noi riteniamo che questo sia un elemento da tenere in giusta considerazione nella soluzione del problema, in quanto crediamo esistano, anche se a livello inconscio, delle ricadute negative sulla qualità, sia erogata che percepita, delle prestazioni.

#### 4.3. Le soluzioni individuate in campo nazionale

Le varie istituzioni hanno preso atto dell'esistenza di questo problema e molteplici sono state le soluzioni proposte:

— in alcune strutture piemontesi di emergenza, si affianca all'infermiere addetto al *triage*, un medico a cui vengono indirizzati i pazienti con «codice

bianco», cioè quelli che presentano una patologia giudicata non urgente. Si è avuto con tale sistema una riduzione degli accessi ai servizi di Pronto soccorso, tra il 5 ed il 20%;

— a Modena è stata data la possibilità, anche ai medici di Medicina generale, di far accedere direttamente, 24 ore su 24, i propri pazienti muniti di richiesta con dicitura «urgente»;

— in Val d'Aosta, per rendere più agevoli i percorsi sanitari, sono stati coinvolti i rappresentanti dei cittadini, dell'informazione, del servizio di Pronto soccorso, degli amministratori dell'Azienda sanitaria, degli organismi di tutela, ognuno impegnato, per le proprie competenze, a contribuire alla soluzione del problema.

Sono state al riguardo proposte:

(a) l'attivazione di una campagna di informazione massiccia rivolta alla popolazione sulla definizione dei compiti istituzionali del Pronto soccorso e sulla possibilità di usufruire di strutture alternative a questo servizio;

(b) l'apertura ambulatoriale per le prestazioni da eseguire entro le 24 ore dalla richiesta medica, per almeno cinque delle specialità più richieste;

(c) un percorso specifico formativo del personale, medico ed infermieristico, del Pronto soccorso;

(d) tempi certi di accettazione a seconda della gravità della patologia per le persone che si presentano al Ps;

— nel Veneto il fenomeno è stato affrontato attraverso l'applicazione dei *ticket* su questo tipo di prestazioni. Non avendo, tuttavia, ottenuto, in questi anni, l'effetto sperato si è deciso di inasprire la norma e di renderla più rigida [delibera della Giunta regionale, n. 446 del 15 febbraio 2000]. Questa disposizione comunque non è entrata in vigore per le proteste che ha suscitato nell'opinione pubblica, che ha visto in questo provvedimento un ulteriore ingiusto balzello ai danni dei cittadini, senza avere in cambio un migliora-

mento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

#### 4.4. Proposte operative

Le esperienze citate sono di istituzione ancora troppo recente per essere valutate. Riteniamo tuttavia che non si possa prescindere dal coinvolgimento della medicina di base che è il tessuto connettivo di tutto il sistema territoriale del Ssn.

Si ritiene pertanto auspicabile una maggiore integrazione fra i componenti dello stesso Ssn, i medici di Mg convenzionati, quelli della continuità assistenziale, del Pronto soccorso e i medici ospedalieri e una riorganizzazione della medicina territoriale, erogata dai medici di Medicina generale attraverso una forma di associazionismo, sull'esperienza britannica del *primary health care* che permetterebbe di rendere più disponibile il medico di Mg.

Altra riorganizzazione dovrebbe interessare i distretti, i quali dovrebbero essere rilanciati attraverso una ridefinizione delle loro funzioni ed un loro inserimento in un sistema territoriale capace di utilizzare strategie di rete, di integrazione cioè fra persone (reti primarie) e fra servizi (reti secondarie formali).

Un sistema di relazioni fra medici di base e medici ospedalieri potrebbe fungere da primo filtro per evitare il ricorso indiscriminato e irrazionale a strutture complesse e costose.

Dando al cittadino la possibilità di avere disponibile il proprio medico di famiglia e un accesso facilitato alla diagnostica ed alla specialistica probabilmente diminuirebbero gran parte dei motivi che determinano il fenomeno degli accessi impropri al Pronto soccorso, destinato a svolgere esclusivamente le cosiddette attività «salvavita».

In conclusione le soluzioni proposte sono tante ed articolate:

— una maggiore integrazione fra Pronto soccorso, medici di Mg, distretto, specialistica;

— una capillare campagna informativa sul corretto utilizzo delle risorse sanitarie e che, nel contempo, corregga le aspettative distorte create nella gente dai *mass media*;

— una disincentivazione attraverso un *ticket* o una compartecipazione alla spesa;

— l'istituzione dell'associazionismo fra medici di Mg.

Le soluzioni prospettate sono sicuramente necessarie ma probabilmente non sufficienti.

Oramai l'utenza, per soddisfare i propri bisogni percepiti come urgenti, pretende risposte immediate e tecnologicamente avanzate. Ciò presuppone la presenza di strutture che rispondano a tali esigenze.

Poiché il Pronto soccorso da sempre è stato considerato, ed è tuttora, un punto di riferimento sicuro e qualificato, occorre prenderne atto e, insieme alle iniziative proposte per diminuire la domanda, si dovrebbe rimodulare il servizio di Pronto soccorso adattandolo a queste nuove realtà, accettando quella funzione para-ambulatoriale che l'utenza gli ha, di fatto, decretato, in modo tale che costituisca la «cerniera» dinamica di continuità terapeutica tra ospedali per acuti e tutte le altre sedi dell'assistenza, particolarmente con il medico di base.

#### BIBLIOGRAFIA

APOLONE G. ET AL. (1995), «Uso appropriato dell'ospedale. Valutazione della attività del Pronto soccorso», *NAM*, 11, 8, pp. 384-397.  
BAILEY K.D. (1982), *Methods of Social Research*, The Free Press, New York (trad. it. *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1991).

BALDI G. ET AL. (1996), «Il triage», *Atti III Congresso nazionale FIMUPS*, Torino; pp. 297-301.  
CORBETTA P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.  
CARATI M. (1999), «Le ricerche di Elton Mayo alla Western Electric Company: l'utilizzo dell'intervista», in (a cura di) M. La Rosa, *Problemi del lavoro e strategie di ricerca empirica*, Franco Angeli, Milano.  
COPPINI C. (1996), «Dipartimento di emergenza: modelli operativi e funzionali», *Atti del I Corso di aggiornamento per infermieri professionali. Modelli operativi e funzionali per un dipartimento di emergenza-urgenza D.E.U.*, Brescia, 13 aprile 1996.  
CORTELAZZO M., ZOLLI P. (1999), *Dizionario etimologico della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna.  
COUNCIL OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE (1998), «Manifesto for emergency medicine in Europe», *European Journal of Emergency Medicine*, 5 (1), pp. 7-8.  
ENA PRACTICE COMMITTEE (1992) *Triage: meeting the challenge*, a cura di U.S.A.  
LIVA C. (1999), «Accreditamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società italiana per la qualità della assistenza sanitaria (VRQ) per il 2000», *Q A*, 10, 3, pp. 145-161.  
MCLUHAN M. (1964), *Understanding Media* (trad. it. «Gli strumenti del comunicare», Mondadori, Milano, 1990).  
MCQUAIL D. (1987), *Mass Communication Theory. An Introduction*, Sage Publications Ltd, London (trad. it. «Le comunicazioni di massa», Il Mulino, Bologna).  
MENGOZZI U. (1989), *Il soccorso in Italia. Analisi ed evoluzione del sistema delle urgenze sanitarie*, Maggioli Editore, Rimini.  
MOWEN J.C., LICATA J.W., MCPHAIL J. (1993), «Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction», *Health Care Marketing Journal*, 13, 2, pp. 26-33.  
OTTONE G. (1996), *Pronto soccorso. Servizi di Emergenza 118*. Centro Scientifico Editore, Torino.  
OTTONE G., BALESTRINO E. (1998), *Manuale di accreditamento del Pronto soccorso*, Centro Scientifico Editore, Torino.  
PALLOTTA B. (1999), «Triage infermieristico in Pronto soccorso» a cura del Gruppo Formazione Triage, *G.F.T. news*, n. 1, novembre, ed. Nettuno Verona.  
PESENTI A. ET AL. (2000), «Carta dei servizi del Pronto soccorso dell'ospedale di Aosta»,

- Emergency Oggi*, anno VI, 2, marzo-aprile, pp. 14-16.
- RAVAGLIA M. (1999), «L'identità del medico d'urgenza nel DEA», *Atti V Congresso nazionale FIMUPS*, vol. 1, 3, pp. 23-25, Bologna.
- REINA G. (1983), *Pronto soccorso squarci ed episodi nel tempo*, edito in proprio, Trieste.
- RHEE K.J., BIRD J. (1996), «Perceptions and satisfaction with emergency department care», *Emergency Medicine Journal*, 14, 6, pp. 679-83.
- SERINI R. ET AL. (1996), «Quale rappresentazione hanno i medici di base del Pronto soccorso? Indagine conoscitiva condotta con l'utilizzo di un questionario», *Poster presentato al III Congresso nazionale FIMUPS*, Torino 1996.